

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963.

THÈSE

1136 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

VAVEAU Maurice

Né le 24 Mars 1930, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 19/63

CANCÉRISATION des BOUCHES
de
GASTRO-ENTÉROANASTOMOSE
faites pour ulcères

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur.

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1963

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

VAVEAU Maurice

Né le 24 Mars 1930, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CANCÉRISATION des BOUCHES
de
GASTRO-ENTÉROANASTOMOSE
faites pour ulcères

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur.

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1963



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLÉRY-RADOT, PETIT-DAUILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut.

1^{er} ASSESSEUR

Gaston CORDIER

2^e ASSESSEUR

Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	MM.
Anatomie pathologique	DELMAS (A.).
Anesthésiologie	DELARUE (J.).
Biochimie médicale	BAUMANN (J.).
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	JAYLE (M. F.).
Biologie médicale	SCHAPIRA (G.).
Cancérologie médicale et sociale	CHAILLEY-BERT (P.).
Embryologie	FAUVERT (R.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	BERNARD (J.).
Histologie	TUCHMANN (H.).
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.).
Médecine du Travail	GIROUD (A.).
Médecine légale	BOYER (J.).
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	DESOILLE (H.).
Parasitologie	DEROBERT (L.).
Pathologie chirurgicale	FASQUELLE (R.).
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.).
Pathologie expérimentale et comparée	LAURENCE (G.).
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	MERKLEN (F.-P.).
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	TURIAF (F.).
Physiologie	BOUDIN (G.).
Physiologie et pathologie obstétricale	CHEYMOL (J.).
Physique médicale	BINET (L.).
Radiologie médicale	BARGETON (D.).
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEPAGE (F.).
Thérapeutique	DOGNON (A.).
Thérapeutique appliquée	DJOURNO (A.).
	DESGREZ (H.).
	CAUCHOY (J.).
	CONTE (M.).
	LAMOTTE (M.).

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.).
Biologie médicale	POLONOVSKI (J.).
Hygiène et médecine préventive	BOURLIÈRE (F.).
Pharmacologie	DEPARIS (M.).
Physiologie	LÉVY (Mlle J.).
Physique médicale	PARROT (J.).
	KELLERSHOHN (L.).

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.).
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.).
	LORTAT-JACOB (J.-L.).
	LÉGER (L.).
	ABOULKER (P.).
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.).
	CORDIER (G.).
	GOSSET (J.).
	SICARD (A.).
	OLIVIER (Cl.).

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	
Clinique gynécologique (Broca)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	St-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de Paul)	
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	
Clinique stomatologique (Pitié)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	
Clinique toxicologique	
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	
Sémiologie médicale	
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	}	LHERMITTE (F.).
		PEGUIGNOT (H.).

MM.

FÈVRE (M.).

MERLE-D'AUBIGNÉ (R.).
GAUDARD-D'ALLAINES (F. de).
MATHEY (J.).
DECOURT (J.).
LAMY (M.).
HUGUIER (J.).
DEGOS (R.).
CATHALA (J.).
MOLLARET (P.).

DELAY (J.).
HAMBURGER (J.).
MARCHAL (G.).
CASTAIGNE (P.).
MILLIEZ (P.).
LENÈGRE (J.).
JUSTIN-BESANÇON (L.).
BROUET (G.).
BARIÉTY (M.).
SÈZE (S. de).
DREYFUS (G.).
KOURILSKY (R.).
DEBRAY (C.).
GENNES (L. de).

DEROT (M.).
DAVID (M.).
GARCIN (R.).
LACOMME (M.).
MERGER (R.).
VARANGOT (J.).
RENARD (G.).
AUBRY (M.).

LELONG (M.).
MARIE (J.).
BERNARD (E.).
MICHAUX (L.).
COSTE (F.).
DECHAUME (M.).
ROUX (M.).
LEMAIRE (A.).
GAULTIER (M.).
PADOVANI (P.).
DOMART (A.).
POILLEUX (F.).
COUVELAIRE (R.).
TURPIN (R.).

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.). COUINAUD (C.). GILLOT (C.). OLIVIER (G.), pr. s. ch.	Anesthésiologie	KERN (E.). VOURC'H (G.). BARBIER (P.), pr. s. ch. CHRISTOL (D.). LE MINOR (L.). TOURNIER (P.).
	Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.). Pr. s. ch. ABELANET (R.). CHOMETTE (G.). GOUYGOU (Ch.), m.conf. NEZELOFF (Ch.). ORCEL (L.). PAILLAS (J.).	Bactériologie	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.). CARTIER (P.). DREYFUS (J.-Cl.). GONNARD (P.). KRUH (J.). JEROME (H.).
Anatomie pathologique		Biochimie médicale ..	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

*Ce travail est le résultat de ses longs
sacrifices tendrement consentis, de son
dévouement inégalé, je lui dédie.*

A MA FEMME

*Compagne compréhensive qui à tous les
instants m'a encouragé de sa tendresse.*

A MES ENFANTS OLIVIER ET AGNÈS

A TOUTE MA FAMILLE

AUX DOCTEURS J. NOVARINA ET J. GRANDPERRET

Pour le meilleur, sans le pire.

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES DEBRAY

Professeur de la Chaire de Clinique médicale
d'hydro-climatologie thérapeutique,
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin-chef à l'hôpital Bichat.

*Avec notre entière reconnaissance d'avoir
accepté la présidence de notre jury et pour
sa bienveillance à notre égard. Qu'il trouve
ici le témoignage de notre gratitude pour
ses conseils éclairés, l'orientation et le
développement de ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL DELATTRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin-Assistant de l'Hôpital de Chalon-sur-Saône

*Il nous a confié le sujet de cette thèse
qui ne fut réalisée que grâce à sa grande
expérience, ses connaissances étendues et
son aide précieuse.*

*Nous souhaitons vivement continuer à
bénéficier de sa sympathie à notre égard*

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CENTRE HOSPITALIER
DE CHALON-SUR-SAONE

En témoignage de reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

G. BRIAND ET G. DE GEVIGNEY

*De qui nous sommes heureux d'avoir
reçu l'enseignement et l'exemple.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PERRIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. GABRIELLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUVRARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. VIELLARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR Y. DALBIGNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERCIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. NOEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. TREMEAU

A MESSIEURS LES DOCTEURS

P. ISAL, J. QUENTIN, M. COPREAUX, R. BLANC,
CHAMOUTON, M. FLATTOT, A. SIMERAY, J. ARDISSON
A. VIELLARD, P. PONCHON, P. GUIGNON,
A. PEYLABOUD

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La pathologie digestive s'est enrichie d'un nouveau chapitre dès l'instant où l'on a commencé de traiter chirurgicalement les ulcères de l'estomac. En effet, les suites opératoires de ces interventions donnent de nombreuses manifestations qui augmentent au fur et à mesure que les techniques de la chirurgie gastrique progressent.

Parmi ces affections post-opératoires, plus ou moins précoces, l'apparition d'un cancer sur la bouche d'anastomose semble rester une manifestation peu fréquente, aussi bien après gastrectomie que gastroentérostomie pour ulcère.

A la lumière des 4 observations personnelles, c'est à la cancérisation de la bouche de gastro-entéroanastomose que nous avons limité notre travail. Nous avons écarté, bien entendu, les cas de gastro-entéroanastomoses pratiquées sur cancers connus, mais il nous a paru utile de faire allusion à plusieurs reprises à ceux survenant sur bouches d'anastomoses après gastrectomie.

En ce qui concerne la gastro-entéroanastomose, celle-ci semble avoir fait émettre des propos bien divergents. WOLFSOHN exprima sa conviction que le taux de carcinomes chez des malades présentant un ulcère gastrique, traité non chirurgicalement, était considérablement plus élevé que celui où l'ulcère primitif avait été traité par simple gastro-entéroanastomose. Il affirma même que cette opération réalisait une véritable prophylaxie du cancer et à cet égard, il fait état de 1 200 gastro-entéroanastomoses à la suite desquelles il n'a observé aucun cas de néoplasme.

Plus tard, VANNIER dans sa thèse estima de 2 à 5 %, l'apparition de tumeurs malignes chez les gastro-enté-

rostomisés et RANSOM, au travers d'une statistique de la « Mayo Clinic », trouve à peu près les mêmes pourcentages.

Actuellement, il semble bien que le premier pêchait par défaut, les autres par excès, mais il est logique de croire que laissant en place les tissus cancérisables, le nombre de cancers observés sera plus grand qu'après une amputation de ces tissus.

Notons toutefois que la cancérisation des bouches d'anastomoses après gastrectomie a fait l'objet de publications et notamment celle du Professeur DEBRAY qui a tout particulièrement étudié ce problème il y a quelques années. Aux premiers regards, il nous apparaît que le nombre de tumeurs malignes survenant après cette intervention est plus grand qu'après une simple gastro-entéroanastomose.

Au cours de ces pages, il n'est pas dans notre intention d'établir une statistique des résultats de l'une ou l'autre technique, mais de faire remarquer la rareté de cette complication, de soulever plusieurs hypothèses pathogéniques en insistant sur la coïncidence de l'apparition de ces tumeurs, enfin de souligner l'importance du dépistage précoce et des moyens dont nous disposons à cet égard.

HISTORIQUE

RAPPEL HISTORIQUE

Le nombre considérable de gastro-entérostomies pratiquées dans le monde, et le peu d'observations publiées de cancérisation de la bouche après cette intervention pourrait faire considérer comme tout-à-fait exceptionnelle cette complication. Mais, il est hors de doute que malgré nos recherches, bien des cas restent ignorés et qu'ainsi nous ne pouvons espérer faire une statistique permettant d'évaluer le pourcentage de cette complication.

C'est PRINZ qui, pour la première fois, fit une communication groupant plusieurs cas de cette affection. Avant lui, seules quelques observations isolées avaient été rapportées.

Plus tard, SCHMEZ soulève les premières hypothèses pathogéniques. Puis, à la suite de HURST, STEWART, WARTMAN pour les Anglais, de BRAUN, HEYMANN, LURJE pour les Allemands, de BERTINI en Italie et de SANTY en France, VANNIER, puis VILLAUME fournissent un travail d'ensemble sur le sujet.

Plus récemment, plusieurs auteurs parmi lesquels MM. DELANNOY, BERNARD, DUBARRY, BERT ont publié plusieurs cas étudiant les différents facteurs pouvant expliquer la maladie en cause.

Nous avons relevé dans la littérature, en plus de nos observations personnelles, 21 *cas de cancers de la bouche* d'anastomose après gastro-entérostomie pour lésion bénigne et nous les avons groupés dans un tableau où se trouvent mentionnés, pour chacun d'entre eux, l'âge du sujet, la date de la première intervention, celle de l'apparition du cancer et l'intervalle qui s'est écoulé entre les deux manifestations cliniques.

Enfin, nous avons rapporté le diagnostic et le compte rendu anatomo-pathologique de la deuxième intervention souvent pratiquée à un stade qui aboutit à un fort pourcentage de mortalité dans les suites immédiates.

OBSERVATIONS PERSONNELLES



FIG. I.

Station debout :

Image d'invagination
de la muqueuse du grêle dans l'estomac.

FIG. II.

Station debout :

Atrésie
de l'intestin.



OBSERVATION DU PROFESSEUR DEBRAY

Cette observation peut être schématisée ainsi :

- Gastro-entéroanastomose pour ulcère du bulbe en 1934.
- En 1956 (22 ans après la première intervention), découverte d'un cancer dans la zone de la bouche anastomotique.
- Octobre 1959 : 3^e intervention pour cancer du moignon.
- Avril 1961 : 4^e intervention pour tumeur néoplasique du grêle.

M^{me} Pu... Marguerite, entre dans le service le 23 Janvier 1958.

Cette malade a subi en 1934 une gastro-entérostomie pour ulcère du bulbe. Après cette intervention, apparition d'un syndrome douloureux ulcéreux typique.

En 1956, la radiographie montre une image d'invagination de la muqueuse du grêle dans l'estomac (FIG 1) et une atrésie de l'antré (FIG. II) confirmées par la gastroscopie (P^r DEBRAY) qui, en plus, découvre une stomite de la bouche de gastro-entérostomie.

Echec du traitement médical.

12 Novembre 1957, 2^e intervention (D^r PIRONNEAU). Gastrectomie comportant la bouche de gastro-entérostomie large d'environ 3 cms. Le versant supérieur est épais, 15 m/m très scléreux. Le versant inférieur est souple, d'épaisseur normale. La muqueuse duodénale macroscopiquement saine.

On trouve une ulcération située à la face postérieure de l'estomac, immédiatement au-dessus de la bouche.

Au niveau de l'antré, on trouve une zone où la muqueuse est enduite d'une couenne assez épaisse.

Etude histologique (P^r LAUMONIER) : l'étude de cette pièce opératoire montre avec évidence les signes d'une prolifération épithéliale maligne. Les cellules néoplasiques siègent dans les différentes coupes qui ont été effectuées, soit à la partie moyenne de la pièce dans la zone un peu surélevée, soit le long de la tranche de section intermédiaire, soit enfin, au niveau de l'ulcération de la zone anastomotique.

Il s'agit tantôt d'une culture pure de cellules mucipares, dans le chorion de la muqueuse gastrique, mais ailleurs apparaît une évidente infiltration dans la sous-muqueuse et même dans les plans musculaires, parfois jusqu'aux mésos. Dans ce cas, ce sont de larges plaques mucoïdes, englobant de rares cellules malignes. On trouve de tels éléments au fond de l'ulcération située dans la zone anastomotique. Le granulome inflammatoire du fond de cet ulcère peptique typique avec sclérose sous-ulcéreuse, comporte des petites travées de cellules cubiques basophiles, certainement malignes, et associées à de très rares éléments mucipares.

Il s'agit donc d'un vaste épithélioma en nappe s'apparentant dans une grande partie de son étendue aux cancers muco-érosifs de type GUTMANN, mais prenant ailleurs une tendance franchement infiltrante et réalisant des images d'épithélioma colloïde muqueux.

Il faut souligner l'extrême diffusion de la tumeur dans la pièce et par contre l'intégrité des ganglions lymphatiques (deux ganglions) qui ont été prélevés.

En résumé, épithélioma en nappe s'apparentant aux néo-muco-érosifs.

Février 1958 :

La malade revient après deux mois de convalescence. Elle ne souffre pratiquement plus, en dehors de quelques pesanteurs gastriques qui s'accroissent quand elle mange un peu trop.

Asthénie extrême avec anorexie globale. Insomnies. A grossi de 4 kgs.

Quelques signes de neurotonie : tremblement, tachycardie, sans hyperthypoïdie, accompagnant des bouffées de chaleur assez fréquentes.

Le 15 Février 1958, gastroscopie : mêmes difficultés qu'au cours de la première, c'est-à-dire nécessité de mettre la tête très en arrière pour avoir une image ronde. La bouche de Pean est assez bien vue sauf sur son bord supérieur. Elle paraît normale. Quelques gros plis viennent semble-t-il du duodénum, mais il n'y a pas d'ulcération. Le reste du moignon est gastroscopiquement normal sans aucune induration. Pas de hernie hiatale.

Conclusion : moignon gastrique et bouche normaux.

19 Février 1958 : Biopsie gastrique : Gastrite interstitielle subaigüe évoluant vers l'atrophie. Aucun indice de prolifération tumorale n'a été constaté dans les fragments examinés.

Les pièces opératoires ont été vérifiées. Il ne subsiste aucun doute sur l'existence d'une prolifération épithéliale maligne de type mucipare et colloïde muqueux. Les images de flaqes de mucus incluses dans la sous-muqueuse et englobant quelques rares éléments épithéliomateux sont absolument évidentes. On peut donc confirmer l'existence d'un épithélioma gastrique chez cette malade.

Radiographie : moignon normal et un beau Péan. Aucune infiltration.

19 Juin 1958 : a maigri de 2 kgs depuis deux mois. Poids actuel 50 kgs, 600. Depuis sa dernière consultation, bouffées de chaleur fréquentes avec transpiration importante, vertiges, impression de fatigue intense.

Depuis une semaine environ, impression de « bouchon » au niveau de l'hypocondre gauche, endroit où siégeaient les phénomènes douloureux avant son intervention.

Appétit médiocre et capricieux. Digestion lente avec pesanteur gastrique. Constipation. Dort très mal.

L'examen cardio-vasculaire, pulmonaire sont négatifs
T. A. = 16/9. Abdomen souple. flanc et hypocondre gauche douloureux. R. A. S. par ailleurs

3 Juillet 1958 :

Les nouveaux clichés montrent un moignon gastrique normal avec plus spécialement sur un cliché une convergence des plis vers l'anastomose.

La malade est toujours fatiguée ; elle a encore perdu 300 grs depuis le 19 Juin.

Traitement du retour d'âge : une fois par semaine., une piqure de B 1, B 12 forte ; trois cuillers à soupe par jour de lait sec Guigoz.

23 Octobre 1958 :

Revient de deux séjours de convalescence dans le Doubs, l'un de six semaines, l'autre de sept semaines. Poids : 52 kgs 300.

Bouffées de chaleur très diminuées. Traitement par Cycladiène. Asthénie encore importante. Appétit capricieux et vomissements alimentaires si la malade fait un repas plus important que d'ordinaire. Brûlures gastriques survenant sans horaire précis non quotidiennes, sans régurgitations acides.

Malade très nerveuse, améliorée par Equanil, digère plus ou moins bien, ballonnements post-prandiaux.

A l'examen, région épigastrique douloureuse à la palpation, le reste de l'examen est normal.

19 Février 1959 :

Toujours très fatiguée, poids actuel 18 kgs 400. Doit manger en petite quantité, sinon douleurs très intenses du creux épigastrique ; impression de blocage au niveau de l'estomac gênant la respiration et obligeant la malade à s'allonger. Ce n'est qu'au bout d'une heure à une heure

trente qu'elle ressent un soulagement. Pas de brûlures gastriques. Malade encore très nerveuse.

Depuis un mois et demi, douleurs dans le cou à droite et sous l'omoplate droite à type d'élançements survenant principalement la nuit.

Examen : abdomen souple, douleur à la palpation du flanc gauche. Douleur musculaire le long du bord interne de l'omoplate droite à la palpation.

Cœur, poumons : R. A. S.

Radiographie (26 Février 1959) : l'examen radiologique du moignon gastrique est normal. C'est tout au plus s'il existe quelques plis dans la région de la bouche. L'anastomose à la Péan est excellente. Le passage se fait par un duodénum qui est d'aspect normal avec visibilité de la papille Oddienne.

Il n'y a pas d'explication des phénomènes douloureux présentés par la malade.

Traitement par oxyferriscorbone sodique.

A revoir dans deux mois.

23 Avril 1959 :

Amélioration du syndrome douloureux post-prandial. La malade n'a mal qu'après les repas trop copieux.

Bouffées de chaleur.

Œdème des membres inférieurs. Crampes dans les mollets.

Malgré un traitement par oxyferriscorbone et gastropyllore, perte de 400 grs.

25 Juin 1959 :

Toujours très asthénique. Mais a repris 600 grs ; bon appétit. Pas de dyspepsie post-prandiale nette, mais persistance d'une douleur dorsale à la pointe de l'omoplate droite.

Transit régulier. Bouffées de chaleur diurnes et nocturnes. Transpiration abondante. Etat variqueux de la jambe gauche.

Traitement : gastro-pylore à continuer ; Décadron, (un comprimé, trois fois par jour). Gélusil.

1^{er} Septembre 1959 :

Dysphagie. Se fait vomir pour avoir une sensation de dégagement gastrique. Elle n'a pas maigri, à noter la reprise des règles après 15 mois d'arrêt.

Radio-cinéma (D^r CHERIGIE) : Moignon gastrique normal. Il existe une angulation de la partie initiale de la bouche à sinus inférieur. Par contre, le moignon gastrique reste souple. Les évacuations sont d'abord difficiles (spasme duodénal, 2^e duodénum). Puis, l'évacuation se fait correctement et l'on voit admirablement en particulier l'angle de TREITZ.

Radiographie : Il est impossible de faire le diagnostic d'inflation néoplasique. On peut tout au plus dire qu'il y a quelque chose d'anormal au niveau de la bouche et on serait orienté vers le diagnostic de stomite.

A noter toutefois sur le bord supérieur de la bouche, sur la petite courbure, qu'il existe une petite image lacunaire.

13 Octobre 1959, 3^e intervention (D^r PIRONNEAU) :

Inflammation de la grande courbure adhérent au colon transverse et à l'angle de TREITZ. Adénopathies diffuses, mais la biopsie extemporanée les montre inflammatoires.

Gastrectomie du moignon. Ablation d'une partie du colon transverse envahi, du 4^e duodénum et de la 1^{re} anse grêle. Etablissement de la continuité par anastomose de l'anse grêle dans l'œsophage abdominal et implantation termino-terminale du 4^e duodénum à la 1^{re} anse, à environ 30 cms. Suture colique.

Phlébite post-opératoire.

3 Décembre 1959 :

A encore maigri d'un kilo. Température 38°3 le soir. Examen clinique négatif, mis à part la grande fatigue et l'amaigrissement.

Traitement : B 1, B 12, Foie, Décadron (4 comprimés par jour). Androtardyl à 100 mg tous les 15 jours. Gastro-pylore.

Février 1960 :

La malade va un peu mieux. Elle a grossi de 3 kgs. Elle pèse maintenant 42 kgs 800. Son appétit est meilleur mais elle se plaint de deux sortes de troubles : d'une part de douleurs abdominales avec ballonnements qui sont d'ailleurs plus courtes qu'autrefois, et d'autre part de diarrhées (5 à 6 selles par jour), quelquefois même 10, qui la fatiguent beaucoup.

Traitement : Trypsine. Chlorhypepsine, Gastro-pylore Elixir Parégorique.

Radiographie (6 Février) : montre un transit œsojé-junal qui est correct. Peut-être y a-t-il une discrète sténose à la jonction. Le jéjunum paraît normal, sans signe de jéjunite, sans dilatation.

Pas d'explication sur les radios des douleurs de la malade.

Traitement : carbonate de soude + réglisse.

Septembre 1960 :

Sous l'influence d'un traitement par le gastropyllore, le Polysilane et l'Igalex, la malade va un peu mieux en ce sens qu'elle a grossi depuis le mois de Juin de 2 kgs. Mais elle se plaint toujours d'une diarrhée qui est peut-être moins importante qu'autrefois, et de douleurs qui surviennent dès l'arrivée des aliments dans la partie initiale du grêle abouchée à l'œsophage. Ces douleurs durent plusieurs heures, pratiquement jusqu'au repas suivant. Les repas sont fréquents en raison de l'absence de poche pseudo-gastrique. La sialorrhée et l'asthénie persistent, par contre, l'appétit est bon.

L'examen des selles avait montré en Juin 1960 une digestion insuffisante des fibres musculaires et des graisses. A noter que le Cortancyl a été mal supporté.

A l'examen, malade en meilleur état général qu'auparavant.

Continue à peu près le même traitement, c'est-à-dire des pansements (essai de Gel de Tronothane avant les deux repas) et piqûres de L.J 200 (trois fois par semaine, deux ampoules).

Décembre 1960 :

La malade se plaint à peu près des mêmes symptômes sialorrhée, anorexie, sensation d'arrêt des aliments dans la région sous-costale gauche. Elle est obligée de manger debout, quand elle est assise elle a l'impression que les aliments descendent moins bien.

Elle vomit quelquefois, mais pas d'aliments, uniquement des glaires. Elle a remarqué qu'elle avait dans son ventre quelques ondulations péristaltiques, que nous avons d'ailleurs retrouvées, les ondulations se produisant à gauche et au-dessus de l'ombilic. Il n'y a pas de ballonnement du ventre ; pas d'adénopathie, pas de gros foie, pas de masse perceptible abdominale.

La malade n'a certainement pas grossi, par contre la diarrhée qu'elle avait il y quelque temps a disparu et elle est plutôt un peu constipée.

Relevons que les piqûres de L.J 200 sont maintenant assez mal supportées (elle en a eu une quarantaine). Ces injections lui donnent des vertiges, des sensations lipothymiques avec confusion mentale.

L'examen des selles a montré des selles très abondantes, riches en Sodium et en Potassium et en graisses. Il y a donc un syndrome de mal-nutrition.

Radio-cinéma : Jéjunite des 40 premiers centimètres du grêle, mais pas d'obstacle.

Mars 1961 :

La malade se plaint toujours d'anorexie globale, de douleurs permanentes épigastriques, un peu à gauche, à type de pesanteur et de brûlure, avec parfois quelques

vomissements. Elle a présenté à deux ou trois reprises des poussées de fièvre avec température s'élevant brusquement à 40° sans douleur abdominale bien particulière. La fièvre dure deux jours environ, dans l'intervalle la température est normale.

Malgré un traitement par Collargol, Oxyferriscorbone, Hyperprotidine, Valériane, amaigrissement de 1 kg 600.

A l'examen, malade fatiguée et un peu pâle. L'abdomen montre l'existence d'une masse qui est para-ombilicale gauche, qui a les dimensions d'une orange, qui n'est pas dure mais douloureuse, surtout dans sa partie externe, c'est-à-dire gauche, qui est un peu mobile, vaguement résistante. Il existe d'autre part dans la région para-ombilicale droite, en-dessous de l'ombilic, un petit nodule dur, de dimension d'une bille, très différente de la masse précédente.

Hospitalisation pour préciser la cause de la première masse.

10 Avril 1961 :

La malade est hospitalisée depuis trois semaines environ. Il semble qu'elle soit un peu mieux au point de vue état général. Elle se plaint toujours des mêmes phénomènes, c'est-à-dire de douleurs à type de coliques siégeant dans tout le ventre et peut-être même plus marquées dans la région para-ombilicale.

Il existe d'autre part des ondulations péristaltiques que la malade sent elle-même et que nous avons constatées. Ce sont ces ondulations qui, en fait, avaient donné cette impression de masse signalée sur le compte rendu du 9 Mars 1961. L'anse grêle dilatée est parfaitement visible. Elle semble avoir une allure arciforme autour de l'ombilic, que certains veulent interpréter comme un cadre duodénal.

L'examen radiologique du 23 Mars 1961 : a montré un passage normal, au niveau de l'anastomose œsophago-jéjunale. Par contre, il existe sur la colonne vertébrale à hauteur de L3, une anse dilatée, très volumineuse,

ayant 7 ou 8 cms de diamètre, présentant en bas dans la partie horizontale de gros plis verticaux. On ne peut arriver sur les radiographies à voir quels sont les rapports entre cette anse dilatée stasique et le reste du tube entérique. Il faut noter, d'une part que le colon est plein de gaz et qu'il existe manifestement une empreinte sur le bord gauche du colon descendant dans la région de l'angle gauche. Entre le colon distendu et refoulé, et la colonne vertébrale, on voit sur quelques clichés une anse grêle qui paraît également comprimée et qui aboutit à l'anse grêle distendue décrite précédemment.

Il existe donc sûrement une compression du tube dont il est difficile d'apprécier le siège.

S'agit-il d'une compression portant sur le tube entérique lui-même ou d'une compression portant sur l'anastomose en Y de Roux ?

Par ailleurs, la V. S. est actuellement normale (4 - 12). La numération formule sanguine n'est pas trop mauvaise (G. R. = 4.000.000, V. G. normale, G. B. normaux). Les lipides totaux sont normaux, l'électrophorèse est sub-normale, sauf un certain abaissement des albumines et une élévation des Gamma-globulines.

Cholestérol normal, glycémie basse à 0,87 g/l. Epreuve d'hyperglycémie provoquée un peu particulière : départ 0,75 g/l puis 2,50 - 1,85 - 1,65 - 1,20.

Il y a donc une élévation normale de la glycémie, mais la chute n'est pas ce que l'on rencontre chez les gastrectomisés totaux. Il est probable que cette lenteur de chute est en rapport avec la sténose du grêle.

Radio-cinéma (31 Mars 1961) : Anastomose œsojéjunale, morphologie normale d'aisance, important reflux jéjuno-œsophagien.

Malade confiée au chirurgien.

27 Avril 1961, 4^e intervention (D' PIRONNEAU) :

Laparatomie exploratrice. Syndrome occlusif bloquant le grêle avec reflux duodénal. On tombe sur une énorme

masse tumorale englobant la plus grande partie des 50 premiers centimètres du grêle. Biopsie d'un petit fragment néoplasique de voisinage. Fermeture de la paroi au plastofil.

2 Mai 1961, Biopsie :

Fragments constitués par des lames de conjonctif assez scléreux contenant quelques reliquats musculaires.

Une des lames est infiltrée par des amas de petites cellules cubiques ou arrondies éosinophiles, qui ont quelquefois un cytoplasme spumeux.

En bordure de cette nappe, on trouve des foyers granulomateux riches en macrophages organisés autour d'aiguilles cristallines. Il s'agit donc ici de réactions de sclérose à la fois inflammatoire et tumorale. Les caractères des cellules néoplasiques peuvent très bien cadrer avec l'origine gastrique de type linique.

13 Juin 1961 :

Nouvelle hospitalisation.

Après l'intervention d'Avril, la malade est sortie et est partie en convalescence, puis elle est rentrée dans le service pour une cure d'Endoxan. Elle a maigri de 3 kgs, mais elle ne vomit pas. L'examen clinique montre toujours dans la région sous-ombilicale l'existence de la masse inflammatoire signalée. La formule sanguine est à peu près normale avec cependant 12.000 G.B. et 27 % seulement de polynucléaires neutrophiles (effet de l'Endoxan ?).

Noté que l'on ne trouve pas aujourd'hui les ondulations péristaltiques qui existaient au cours du dernier examen avant l'intervention du 10 Avril et qui avaient décidé de la chirurgie.

Continuer l'Endoxan ; surveillance sanguine ; transit.

Sort le 15 Juillet 1961 après cure de 26 jours d'Endoxan. Poids : 34 kgs.

5 Août 1961 : Nouvelle hospitalisation.

Chez elle, la malade est restée au lit en permanence. Ne peut se lever en raison de sa faiblesse. Persistance des douleurs sourdes, continues, généralisées à tout l'abdomen, mais à début épigastrique, déclenchées par les aliments, mais ne cédant qu'au Palfium.

A faim mais ne trouve rien de bon. Vomit de nombreuses glaires, un bol par jour environ après les repas et surtout après les fruits. On sent toujours des ondulations, mais moins marquées qu'avant. Fait des épisodes fébriles avec frissons, cyanose du visage et corps froid durant 12 heures. Transit normal. Pertes vaginales fétides, jaunâtres.

Etat cachectique — 33 kgs 400 — maigreur, asthénie, pâleur, très importantes.

Groupe A. Rh +.

Examen de l'abdomen : existence d'une tuméfaction à concavité supérieure péri-ombilicale occupant tout le centre de l'abdomen qui est sensible dans son ensemble.

T. A. = 10/6 — T. V. impossible en raison des douleurs déclenchées.

25 Août 1961 :

Intolérance alimentaire absolue.

Essai de cure de Trophysan I. V., Cortancyl, Endoxan.

Sort le 12 Septembre 1961 : hospitalisation à domicile.

Revient le 2 Octobre 1961, état lamentable, intolérance gastrique absolue. Ne supporte même pas les liquides.

T. A. 9/5. Poids 33 kgs 400.

Réhydratation sous-cutanée.

Décès, le 8 Octobre 1961.

En résumé :

Gastro-entéroanastomose en 1934 pour ulcère du bulbe.

En 1956, 22 ans après la première intervention, apparition d'un syndrome douloureux ulcéreux typique. Les radiographies ne montrent alors qu'une invagination du grêle dans l'estomac et une atrésie de l'antré, mais une bouche sub-normale.

L'échec du traitement médical conduit en 1957 à une 2^e intervention qui découvre un *épithélioma intra-muqueux, non invasif*, dans la zone de la stomie.

Octobre 1959, l'état général s'est altéré progressivement et les radiographies montrent qu'il existe quelque chose d'anormal au niveau de la nouvelle bouche sans qu'il soit possible de faire le diagnostic d'infiltration néoplasique. On décide une 3^e intervention : gastrectomie du moignon ; ablation d'une partie du colon transverse, du 4^e duodénum et de la première anse grêle. Anastomose du grêle dans l'œsophage abdominal. Suture colique.

Avril 1961 : existence d'un syndrome sub-occlusif amenant une 4^e intervention qui découvre une énorme tumeur néoplasique englobant les 50 premiers centimètres du grêle.

A partir de cette date, dégradation de l'état général qui, avec une intolérance gastrique absolue, aboutit à un état cachectique entraînant le décès en Octobre 1961.

OBSERVATION DU PROFESSEUR DEBRAY

M. Kre... Albert, 59 ans, a eu une gastro-entérostomie pour ulcère en 1934 et le malade s'est toujours bien porté depuis.

Cependant, depuis Juillet 1954, il recommence à souffrir de douleurs continues, sourdes, mais parfois intenses, sans périodicité.

Diminution de l'appétit. Amaigrissement important (8 kgs en un peu plus d'un an). Les matières sont parfois noirâtres ou même sanglantes. Il n'y a pas de vomissement.

Radiographie (P^r DEBRAY) :

La bouche siège assez à gauche. Elle est étroite et surtout son pourtour en amont et en aval est ronde, lacunaire. Malheureusement, nous ne possédons que 3 clichés, mais les images en position debout sont particulièrement évocatrices, car la région de la gastro-entéroanastomose au niveau de la bouche est franchement en retrait sur 7 à 8 cms de long.

Gastroscopie (27 Novembre 1954) :

Au niveau de la partie moyenne de l'estomac, dans la région de la bouche, existe une infiltration pariétale. La paroi gastrique ne se distend pas à ce niveau. D'autre part, la muqueuse est irrégulière, présente sur la face postérieure et la face antérieure des saillies polypôides. L'une d'entre elles particulièrement marquée semble avoir 2 cms de diamètre. Elle est légèrement saignante. Le gastroscopie est arrêté et il est impossible d'examiner la partie inférieure de l'estomac. Présence de bile dans bas fond.

Conclusion : infiltration pariétale portant surtout sur la grande courbure et la partie moyenne de l'estomac.

A l'intervention, le 7/1/55, on devait trouver *un néoplasme autour de la bouche de gastro-entéroanastomose*. Il n'y avait pas de métastases, mais il existait une grosse infiltration du mésentère et du mésocolon.

OBSERVATION DU PROFESSEUR DEBRAY

M. Vig... Louis, 63 ans, a subi une gastro-entéroanastomose pour ulcère, en 1938.

Depuis Juin 1953, ce malade se plaint d'éructations et de renvois, qui se complètent en Juillet 1954 d'une anorexie, de brûlures de l'œsophage, surtout le matin, et d'un point douloureux à la pression avec défense dans la région épigastrique.

Un traitement médical entrepris n'apporte aucune amélioration, bien au contraire, puisque un peu plus d'un mois après apparaissent des vomissements.

En Septembre 1954, l'intervention est décidée : on tombe sur une *grosse masse* (de la taille d'un pamplemousse) *sténosant la bouche de gastro-entéroanastomose*. On se contente d'aboucher l'antra ou le premier duodénum à une anse sous-jacente à la bouche qui adhère au pancréas.

Décès environ deux mois après l'intervention, après localisations multiples, mêmes cutanées (pour la cicatrice).

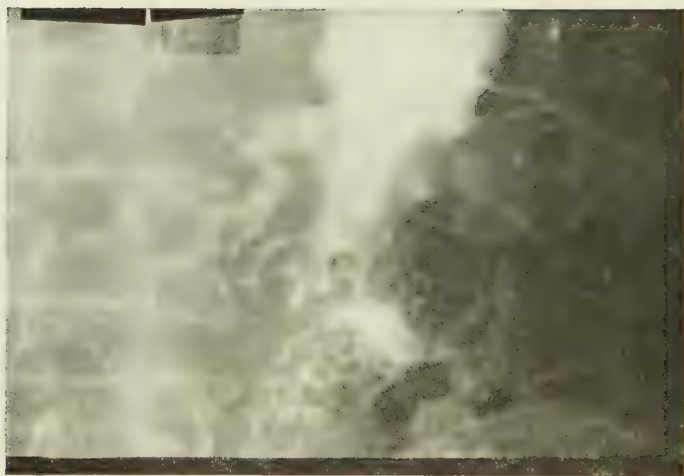


FIG. III.

Image lacunaire du versant gastrique
de la bouche d'anastomose.

OBSERVATION DU DOCTEUR DELATTRE

M. Pla..., 58 ans, après deux ans de douleurs ulcéreuses typiques et un melaena, a subi une gastro-entéroanastomose à l'âge de 27 ans (1926) pour un ulcère pyloro-duodénal.

Depuis cette intervention, le malade avait une digestion lente, quelques ballonnements, et présentait par ailleurs de temps en temps des crises de tachycardie paroxystique. Mais disparition totale des douleurs épigastriques ; à noter seulement quelques petites périodes rares dans les deux fosses iliaques avec diarrhée.

Cependant, l'état général était excellent et le malade déclarait se porter beaucoup mieux qu'avant l'intervention.

Le 1^{er} Août 1957, donc 31 ans après la première opération, le malade, bien que gardant un état général très stable, présente brusquement un melaena avec syncope. Un mois et demi après cet épisode sans lendemain, le poids est resté stationnaire, l'appétit est conservé, il n'y a pas de douleur et l'examen clinique est négatif.

Consulte alors le D^r DELATTRE qui pratique un transit gastrique dont voici le résultat : « Bouche de gastro-entérostomie très à gauche, et très incontinente. La partie horizontale de l'estomac n'est pas vue. Gros plis de la région anastomotique » et peut-être image lacunaire de la grande courbure gastrique juxta-anastomotique qui n'avait pas été retenue lors du premier examen. On pense alors à un ulcère peptique (FIG. III).

Un traitement anti-ulcéreux est alors institué ; Atropine, Laroscorbine, Stalkosal. Le malade doit être revu dans deux mois.

Mai 1958 : C'est seulement à cette date, soit neuf mois après, que le malade revient consulter, car depuis trois jours il se plaint de douleurs lui rappelant sur un mode mineur les douleurs d'avant la première intervention.

Il est pâle, a perdu 4 kgs depuis la dernière fois qu'il a été vu (G. R. : 3.600.000).

Deuxième examen radiographique (D^r DELATTRE) :

« Aspect sensiblement identique de la région d'anastomose. La bouche est beaucoup plus continente qu'à l'examen précédent.

« On parvient beaucoup plus facilement à remplir l'antré et même le duodénum, ce qui permet de révéler une image lacunaire en cocarde de la région pré-pylorique paraissant s'invaginer quelquefois dans le bulbe duodénal ». (FIG. IV - V - VI).

Devant cette découverte, le malade est adressé au P^r DEBRAY qui, le 20 juin 1958, pratique une gastroscopie.

Compte rendu :

- Nargenol 1 cm³ 2, Pantocaïne (pastilles, pulvérisations, tampon) ;
- Sonde de Camus, Silicones par la sonde,
- Gastroflox 54 à poche gonflable.

La sonde de Camus passe facilement. Quand son extrémité arrive sous la clavicule, on détermine la distension de la poche à air gastrique en insufflant par la sonde.

La sonde descend dans un estomac très allongé, très grand. On retire un peu de liquide bilieux, non sanglant.

Le passage du gastroscopie est facile. L'antré ne se distend pas sous l'influence de l'insufflation. Il est vu en enfilade. Ses plis sont volumineux mais souples, sans bourgeonnement, sans saignement, sans ulcération. La partie distale de l'antré n'a pu être vue puisque celui-ci ne s'ouvre pas sous l'action de l'insufflation.

Le sphincter de l'antré paraît normal.

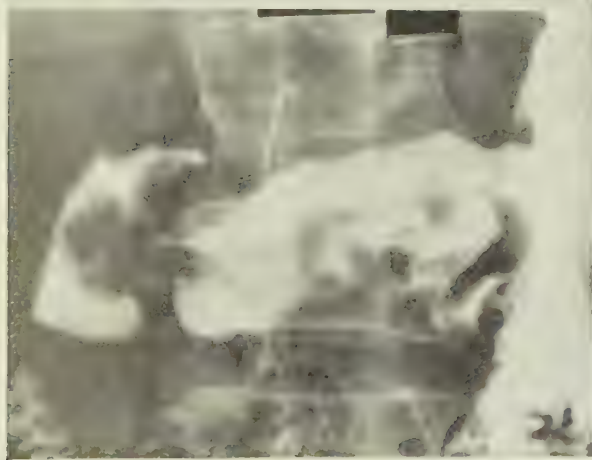


FIG. VI.



FIG. V.



FIG. IV.

Procubitus. Image de tumeur polycyclique de la partie terminale de l'antre, s'invaginant dans le bulbe duodénal.

La bouche de gastro-entérostomie se trouve sur la face postérieure à la jonction du corps et de l'antrum. *On trouve sur le versant gastrique de la bouche* et à son extrémité supérieure, au contact même du pilier postérieur *une ulcération de 2 ou 3 cms de diamètre*, irrégulière, peu profonde, à fond pseudo-membraneux, présentant des prolongements d'aspect fissuraire. Le bord est irrégulier et présente, sur sa partie inférieure, des mamelons juxtaposés.

L'ensemble de la lésion paraît rigide, ne s'éloigne pas de l'objectif au cours de l'examen. L'ensemble de la lésion qui est franchement ulcéré, n'est pas saignant. Le grêle, qui est visible sur une toute petite partie, paraît normal. La lésion semble s'arrêter à la jonction de la muqueuse gastrique et grêle.

En amont de cette lésion, la petite courbure et la face postérieure sont presque au contact de l'objectif, ce qui gêne l'examen. Elles ne paraissent pourtant pas présenter de lésions importantes.

Le reste de l'estomac est normal.

Dans la région du cardia, la muqueuse gastrique remonte un peu dans le tube œsophagien, réalisant une ébauche de hernie hiatale.

Conclusion :

Lésion ulcérée de la face postérieure basse au contact de la bouche de gastro-entérostomie, ayant les caractères macroscopiques d'une lésion néoplasique. Gros plis antraux souples, région prépylorique restée invisible. Ébauche de hernie hiatale.

A la suite de cette constatation, le malade est adressé au P^r BERTRAND, qui, le 14 Juillet 1958, opère le malade.

« Incision médiane itérative.

Deux lésions :

- 1) Une tumeur mobile de l'antrum pylorique qui s'invagine facilement dans le duodénum.

- 2) Une tumeur maligne à la face postérieure de l'estomac, au ras de la bouche anastomotique, en arrière.

Section du duodénum. Enfouissement.

Libération de la bouche de gastro-entéroanastomose en suturant non sans difficulté, les vaisseaux du transverse.

Section des deux pieds de l'anse anastomosée. Rétablissement de la continuité bord à bord. Gastrectomie des 3/4. Polya transmésocolique en aval vers l'anastomose du pôle. Un drain. Paroi au métal fin.

En résumé :

Volumineuse tumeur de l'antré d'aspect bénin. Cancer ulcéroforme sur la face postérieure au ras de la bouche anastomotique.

Anatomie pathologique (P^r NOEL) 4 Septembre 1958.

- 1) *Ulcération* : épithélioma entièrement atypique constitué par une nappe continue d'éléments souvent isolés les uns des autres et ne s'ordonnant que très rarement autour d'une cavité glanduliforme.
- 2) *Tumeur de l'antré* : épithélioma cylindrique, glandulaire, métatypique par place, nettement atypique ailleurs, pénétrant profondément dans la sous-muqueuse que l'on reconnaît à peine.

Les suites de l'intervention ont été simples.

Il y a deux ans, le malade a été revu (1961) pour des douleurs sous-costales droites.

Un nouvel examen radiographique de l'estomac pratiqué alors a montré une gastrectomie fonctionnant normalement. Les troubles ont rapidement cédé à un traitement symptomatique. Depuis, le malade va bien.

OBSERVATIONS RELEVÉES
DANS LA LITTÉRATURE

OBSERVATIONS RELEVÉES DANS LA LITTÉRATURE

1926 - BEATSON - Obs. N° 1.

Il s'agit d'un homme de 52 ans qui se plaint de vomissement, de diarrhée, de douleurs épigastriques et chez lequel l'examen clinique révèle une tumeur abdominale palpable.

On sait qu'il y a 11 ans, il a subi une GE pour ulcère pylorique. Pendant 9 ans, il se porta bien, puis sa santé commença à décliner et les troubles cités plus haut s'installent progressivement.

On intervient et l'on tombe sur une masse carcinomateuse envahissant le bord postérieur de la bouche de GE et la petite courbure.

L'exérèse est jugée impossible et le malade meurt quelques mois après.

A l'autopsie : masse occupant la partie pylorique de l'estomac. La bouche de GE est entourée d'une formation ulcérée avec obstruction de l'anse efférente jéjunale.

Histologie : Adéno-carcinome de la bouche.

1932 - SINGER - Obs. N° 2.

J. W..., 52 ans, entre à l'hôpital le 7 octobre 1929 avec des troubles gastro-intestinaux faisant présumer un ulcère peptique post-opératoire. Il raconte qu'il avait périodiquement souffert de douleurs épigastriques et d'aigreurs de 1900 à 1918.

En Juin de cette année-là, on découvrit un ulcère duodénal et l'on pratiqua une GE.

Le malade fut complètement soulagé pendant un an mais après cette période, réapparition des douleurs qui vont être traitées à intervalles irréguliers avec des résultats médiocres.

Au moment de son admission, il se plaint de la réapparition de ses brûlures gastriques une heure après les repas, partiellement soulagées par les alcalins.

A l'examen, amaigrissement considérable et masse palpable, dure, mobile avec les mouvements respiratoires, du volume d'un œuf situé dans l'épigastre.

Présence de sang dans le liquide gastrique (comme dans les selles), avec Cl. H libre = 0, et acidité totale entre 6 et 10°.

Une radiographie montre une image lacunaire de la grande courbure au niveau du tiers inférieur et une bouche qui ne fonctionne pas tout-à-fait normalement. On suggère le diagnostic de cancer de la bouche qui est confirmé par l'intervention faite en Février.

En effet, dans la région de l'anastomose, on découvre une masse molle et irrégulière, dont l'examen macroscopique montre qu'elle occupe les 3/4 du pourtour de la bouche.

Du point anatomo-pathologique, aucune anomalie significative n'est à relever en ce qui concerne la muqueuse intestinale. Par contre, la transition est plutôt brutale en approchant de l'excroissance polypeuse du versant gastrique. A ce niveau, on retrouve une structure atypique, papillaire, qui présente les caractéristiques d'un néoplasme. Sur le versant gastrique, la transition entre la tumeur et la muqueuse non néoplasique est progressive.

1935 - LURJE - Obs. N° 3.

S..., âgé de 52 ans, souffre depuis l'âge de 35 ans de douleurs sourdes dans la région épigastrique. A la longue, les douleurs ont perdu toute périodicité, les vomissements sont devenus plus fréquents, ramenant des aliments ingérés la veille.

En Avril 1930, l'affaiblissement de l'état général amène le malade en clinique, où l'examen met en évidence une certaine défense, et une douleur profonde dans la moitié droite de la région épigastrique.

Une radiographie pratiquée alors fait porter le diagnostic d'ulcère pylorique.

A l'intervention, on trouve une cicatrice de la paroi du pylore avec adhérences périgastriques, mais sans ulcère visible. On fait alors une GE transmésocolique postérieure.

Pendant 5 ans, silence clinique, puis réapparition de douleurs constantes dans la région épigastrique et une fois encore anorexie, avec chute de poids.

A son admission, le malade est pâle (GR. = 3.150.000 ; Hb = 60 %), il pèse 45 kgs et est très affaibli.

Au tubage, Cl. H. combiné = 10 ; Cl. H. libre = 0. Présence de sang dans le liquide.

A la radiographie, estomac hypotonique. Le liquide opaque passe à la fois par le pylore et la bouche de GE. Le liquide est arrêté au niveau du bulbe qui est déformé et du cadre duodénal dilaté. L'évacuation par la bouche de GE ne se fait que par un mince filet. On porte le diagnostic d'ulcère peptique, avec dégénérescence cancéreuse probable.

L'intervention découvre une induration circulaire empiétant de 4-5 cms sur la largeur de l'estomac et infiltrant très peu la paroi du grêle.

Histologie (Pr. ABRILSOSOW) : Prolifération atypique à prédominance gastrique d'une néoformation à point de départ glandulaire. La musculuse est infiltrée par des cellules carcinomateuses jusqu'à 1/2 à 1 cm. de l'anastomose.

1936 - GIOVANNI - Obs. N° 4.

O. E..., 63 ans, entre à la clinique le 18 mars 1936. Depuis 1895, le patient se plaignait d'une tension de la région épigastrique accompagnée d'un intense pyrosis. A cette époque, ses troubles ne sont pas influencés par l'ingestion des aliments. Devant l'échec des diverses thérapeutiques médicales, le malade consulte en 1898, où le diagnostic de sténose du pylore est porté.

Au milieu de l'année 1935 (soit 37 ans après l'intervention), le malade revient, se plaignant des mêmes troubles qu'avant l'opération, mais sans caractères périodiques. Pendant 6 mois, les traitements médicaux ont échoué et c'est ce qui nous l'amène à nouveau.

A l'examen, on découvre une masse indolente dans la région épigastrique à la palpation superficielle et profonde. Le liquide gastrique contient du sang et l'achlorhydrie est complète.

Radiographie : la région bulbo-duodénale est déformée et l'aspect radiologique évoque la probabilité d'un néoplasme de la bouche de gastro-entéroanastomose pratiquée plus de 30 ans auparavant.

On intervient et sur la grande courbure on trouve une masse en continuité avec la bouche d'anastomose et au niveau du pylore, on relève une cicatrice de vieil ulcère.

Intervention bien supportée, mais mort au 7° jour.

Histologie : Nature carcinomateuse de la tumeur et infiltration parvicellulaire de la muqueuse intestinale.

1936 - RANSON - Obs. N° 5.

M. T..., 42 ans, entre à l'hôpital le 8 août 1947. Il raconte que depuis plus d'un an, il souffre de douleurs qui n'ont cessé d'augmenter d'intensité et qui, d'abord localisées au flanc droit, atteignent maintenant la ligne médiane.

Une radiographie pratiquée montre un aspect de cholelscystite chronique et l'on décide de l'intervention après l'échec d'un traitement médical.

Celle-ci montre alors une vésicule normale, mais on découvre sur le pylore une petite tumeur qui semble être un ulcère chronique. On pratique une gastrectomie juxta-pylorique, puis une gastro-jéjunostomose.

On fait l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire et d'un ganglion lymphatique prélevé qui ne montre aucune formation maligne.

Pendant six ans, le malade est parfaitement bien, et mène une vie normale.

En Mai 1934, réapparition des douleurs, avec en plus vomissements et diarrhée. Le malade est asthénique, a perdu 13 kgs et ne se nourrit plus qu'avec du lait et de l'eau.

A l'examen, la palpation de l'abdomen révèle une tumeur abdominale de la taille d'une orange située à la partie supérieure droite de la cicatrice. Cette masse est dure, donnant l'impression d'une structure nodulaire.

Une radiographie montre une rétention gastrique avec défaut de remplissage de la partie basse de l'estomac. On pense qu'il s'agit d'un cancer de la bouche d'anastomose.

A l'intervention, on s'aperçoit que la tumeur abdominale palpable envahit la partie inférieure de l'estomac. La plus grande partie se trouve derrière le colon transverse et est intimement attachée au foie et à la vésicule. Son apparence est celle d'un carcinome squirrheux et semble provenir de la zone où l'estomac et le jéjunum furent abouchés lors de la première intervention. Cette tumeur encercle complètement la bouche d'anastomose entraînant une obstruction importante.

L'examen anatomo-pathologique (BUGHER) répondit : Carcinome squirrheux infiltrant entièrement la bouche d'anastomose, avec gastrite hyperplasique et infiltration carcinomateuse alentour. Sur le versant intestinal, on trouve aussi un carcinome, en plus d'une inflammation catarrhale chronique.

1937 - SCHWARZ - Obs. N° 6.

Il s'agit d'un malade ayant eu une gastro-entérostomie pour ulcère pylorique en 1909. Le malade se sentit bien pendant six ans, après lesquels il commence à perdre du poids et à vomir.

La laparotomie découvre une énorme dilatation de l'anse afférente et un aplatissement de l'anse efférente.

La cause de l'obstruction selon SCHWARZ est un carcinome de la bouche de gastro-entéroanastomose. Une anastomose de BRAUN (jéjuno-jéjunostomie) fut pratiquée et suivie d'une amélioration rapide.

1937 - WARTMAN - Obs. N° 7.

Un sujet de 58 ans entre à l'hôpital en 1935. Il déclare qu'il a subi une gastro-entéroanastomose en 1906 après un long passé gastrique douloureux. A la suite de cette intervention, il a été en bonne santé pendant 25 ans.

En 1930, réapparition des douleurs, on lui donne de l'acide chlorhydrique par la bouche et tout rentre dans l'ordre, jusqu'à son hospitalisation.

A son entrée, il se plaint de douleurs, d'éructations, de pesanteurs, d'irrégularité du transit.

L'examen montre un sujet en mauvais état général et l'on palpe une tumeur au niveau de l'hypocondre droit.

La radiographie montre une GE fonctionnant partiellement avec rigidité de la bouche. De plus, on a une déformation marquée de la grande courbure et le bulbe est dilaté. Le diagnostic porté est cancer de l'estomac au niveau de la grande courbure et le bulbe est dilaté. Le diagnostic porté est cancer de l'estomac au niveau de la grande courbure et dans la région de la bouche avec obstruction probable de celle-ci. Décès au 4^e jour.

Le diagnostic est confirmé à l'autopsie où l'on trouve une tumeur encerclant la bouche et s'étendant en arrière.

De plus, on trouve à distance un petit polype de 1 cm. de diamètre. Pas d'envahissement jéjunal.

L'histologie confirmera la nature maligne de cette tumeur et nous apprendra que la petite lésion polypeuse était un adéno-carcinome polypoïde bien différencié.

1938 - PRINZ - Obs. N° 8.

Malade de 57 ans, ayant subi une GE pour ulcère duodénal en 1916.

Disparition des troubles jusqu'en 1935, date à laquelle s'installent des douleurs, des accès de hoquet, une baisse de l'état général.

A son entrée, vomissement marc de café. Acidité libre = 0,15.

Radiographie : épaissement de la bouche de GE avec niche nettement visible. On pense à un ulcère peptique et le malade s'en va chez lui avec un traitement médical.

Six mois après, nouvelle radiographie qui montre un ulcère volumineux aux bords durs, tranchants, avec important œdème de la muqueuse avoisinante. On évoque le diagnostic de néoplasme, confirmé à l'intervention qui découvre une tumeur inextirpable. Décès six mois après.

1939 - SANTY - Obs. N° 9.

En 1935, un homme de 45 ans subit une GE pour ulcère cavitaire de la petite courbure.

13 ans après l'intervention, le malade revient car depuis 3 mois son état général a baissé et l'on a relevé la présence de sang dans ses selles.

Radiographie : L'aspect radiologique est en faveur d'un ulcère peptique, mais la réapparition tardive des signes et le retentissement sur l'état général conduisent à l'intervention. Celle-ci révèle une lésion très dure, de la taille d'une pièce de 5 francs, siégeant sur le versant jéjunal de l'anastomose et évoquant fortement une ulcération néoplasique. Effectivement, l'histologie répondra : épithélioma glanduliforme métatypique.

1942 - VILLAUME - Obs. N° 10.

M. R... Jules, 37 ans, souffrait depuis 10 ans de l'estomac. Aussi est-il opéré en 1937 ; on découvre alors un ulcère duodénal ancien, d'aspect calleux avec périgastrite. Une GE est pratiquée, mais le malade n'est soulagé que pendant quelques mois. Les douleurs

réapparaissent devenant de plus en plus violentes et l'état général s'altère. Une radiographie montre une GE fonctionnant bien ; on fait un traitement antihistaminique au malade, mais sans résultat.

En 1938, deuxième radiographie où l'on croit voir une image étalée au niveau de la bouche évoquant un ulcère peptique d'autant que les douleurs sont devenues très vives, à maximum tardif.

L'intervention décidée montre une grosse tumeur d'aspect inflammatoire au niveau de la bouche de GE, surtout dans sa partie droite. Le pylore est d'aspect cicatriciel, mais n'est pas envahi.

On pratique une gastrectomie, mais décès un an après l'intervention.

Histologie : Epithélioma glandulaire d'origine gastrique. Ganglions envahis.

1943 - PRÉVOT - Obs. N° 11.

Il s'agit d'un homme de 57 ans chez lequel on a pratiqué en 1916 une GE pour ulcère duodénal sténosé. Aucune douleur jusqu'en 1935 où réapparaissent une sensation de pesanteur dans la région abdominale droite et des douleurs irradiant dans le dos. Perte de poids importante et en Novembre 35 : vomissements marc de café.

La radiographie montre une formation irrégulière entourant la bouche de GE ayant la taille d'un doigt avec un aspect de raideur dans la partie supérieure de la stomie.

On fait le diagnostic de carcinome de la bouche. On intervient et l'on tombe sur une énorme tumeur avec métastase. L'exérèse n'est pas possible. Décès 6 mois après.

1943 - PRÉVOT - Obs. N° 12.

Femme de 51 ans, ayant été opérée en 1909 : GE pour ulcère pylorique

Silence clinique jusqu'en 1935, mis à part un épisode anémique traité par le Fer en 1927.

En Septembre 1935, réapparition des douleurs et sensation d'oppression dans la région précordiale. Etat de faiblesse générale.

La radiographie montre un estomac très allongé avec GE rétro-colique et cul-de-sac prépylorique sans anomalie. Sort avec un traitement médical et ne revient qu'en 1941 dans un état cachec-

tique. La palpation sent une tumeur dans la région abdominale supérieure droite.

A la radiographie, l'antre a un aspect irrégulier dans son ensemble et l'on aperçoit un cratère de la taille d'un bout de pouce. Les parois sont raides et des plis englobent la GE. Décès avant intervention.

1948 - Picco - Obs. N° 13.

B... Antonio, 47 ans, a été opéré en 1936 et a subi une GE pour ulcère juxta-pylorique, mais sans résultat d'où gastrectomie un an plus tard, en laissant en place l'ancienne bouche. Disparition des douleurs jusqu'en 1942, puis reprise avec pesanteurs, vomissements muqueux, puis bilieux. Amaigrissement rapide.

Radiographie : périgastrite intense le long de la petite et de la grande courbure. Zone de rigidité le long de la petite courbure avec niche. Le diagnostic proposé est celui de carcinome gastrique de la petite courbure et l'intervention fait voir une tumeur à la jonction des cicatrices gastrique et grêle qui est dure, entourant partiellement la bouche et se prolongeant le long de la petite courbure vers le cardia.

Histologie : l'infiltration s'arrête net à la cicatrice gastro-jéjunale. Il s'agit d'un carcinome de l'estomac avec gastro-jéjunite chronique.

1951 - DI DOMIZIO - Obs. N° 14.

Giovani S..., subit en 1923 une GE pour ulcère duodéal. Soulagement total pendant 16 mois, mais bientôt réapparition d'un syndrome ulcéreux avec périodes d'accalmie. Depuis 4 mois, accentuation des douleurs, vomissements, amaigrissement.

Radiographie : GE postérieure discrètement spasmée sur laquelle on note une image diverticulaire, de nature ulcéreuse, qui fait conclure à un ulcère peptique.

L'importance du retentissement sur l'état général fait pratiquer une intervention qui retrouve une petite GE et une masse calleuse dont l'examen histologique confirmera l'aspect malin macroscopique.

1951 - DI DOMIZIO - Obs. N° 15.

En 1944, Pietro C..., 46 ans, a subi une GE pour ulcère duodénal. Pendant 4 ans, silence clinique, mais en Mai 1948, le malade recommence à souffrir et les douleurs, d'abord modestes, s'aggravent ; apparaissent des vomissements et l'état général décline.

L'examen radiologique montre une gastrite évidente. Gros plis muqueux, œdème, diminution de l'élasticité, bref, aspect de dégénération maligne.

Intervention le 2 juillet 1948 : présence d'une GE occupée par une masse néoplasique infiltrante envahissant une grande partie de l'estomac. La tumeur est jugée inextirpable. Le décès survient deux mois après dans un tableau de cachexie.

1953 - BANDMAN - Obs. N° 16.

Malade de 66 ans ayant subi une GE postérieure en 1919 pour ulcère duodénal. Depuis 1950, réapparition des douleurs et diarrhée. C'est un vomissement qui décide de son admission. A l'examen, zone de résistance s'étendant transversalement dans la région abdominale supérieure.

L'examen radiographique montre une sténose de la bouche de GE qui évoque une tumeur dont le point de départ ne peut être précisé.

L'intervention va révéler une tumeur de la taille d'un poing d'enfant qui se tient dans la région de la GE et dont l'examen histologique montrera des régions ulcérées néoplasiques alternant avec des parties saines et avec des zones squirreuses sur la stomie. La limite estomac-grêle n'est pas franchie. Décès au 4^e jour par iléus et péritonite.

1953 - BANDMAN - Obs. N° 17.

Femme de 61 ans ayant subi une GE postérieure en 1917.

En 1947, violentes douleurs d'estomac, selles goudron, anorexie. Douleurs calmées par l'ingestion d'aliments. Chute de poids de 15 kgs. Au sondage, baisse importante de la chlorhydrie. Douleur à la pression de la zone comprise entre l'ombilic et le sternum.

La radiographie est en faveur d'une formation maligne, ce que confirmera l'intervention qui découvrira un carcinome polypeux de l'estomac. L'examen microscopique de la pièce montre que les deux versants gastrique et grêle sont envahis.

1956 - DUBARRY - Obs. N° 18.

Lag..., 53 ans, a été opéré en 1942 pour un ulcère dont il souffrait depuis l'âge de 20 ans et qui s'était compliqué d'une hémartémèse en 1938.

Jusqu'en 1950, silence clinique, mais à cette date, crise douloureuse violente avec installation de douleurs épigastriques, et pyrosis fréquent, mais ni périodiques, ni quotidiens. Ces troubles sont traités par le bicarbonate de soude sans résultat bien satisfaisant et le malade est adressé à l'un de nous en 1953 (Décembre).

La radio montre un aspect de gastrectomie des 2/3 et l'on croit voir une niche d'ulcère sur le jéjunum.

La gastroscopie montre sur la face antérieure de l'estomac une surface irrégulière bourgeonnante avec une ulcération superficielle près de la bouche chirurgicale. Les végétations étaient tellement confluentes qu'on ne pouvait supposer qu'il y avait eu gastro-entérostomie et non gastrectomie.

L'intervention, un peu désespérée, découvre une masse enveloppant le mésocolon et la partie moyenne de l'estomac. L'histologie mettra en évidence un épithélioma atypique, type limite plastique.

Guérison opératoire. Décès 7 mois après par généralisation.

1956 - DUBARRY - Obs. N° 19.

Homme de 65 ans, qui nous est adressé en Octobre 1954. L'histoire est la suivante : syndrome ulcéreux remontant à 1914 à l'âge de 25 ans. Subit une GE en 1923. Pendant 31 ans, silence clinique absolu.

En Mars 1954, apparition de douleurs semi-tardives, durant une à trois heures, épigastriques transversales, en barre, violentes.

Un premier examen radiographique en Juin 1954 fait parler de gastrite avec stomite, mais en fait, peu après, un 2° examen fait admettre le diagnostic d'ulcère peptique jéjunal. On institue un traitement médical en précisant que si celui-ci échoue, il faudra faire opérer ce malade.

En Mars 1955, une nouvelle radiographie pratiquée par le médecin traitant va découvrir d'importantes lésions antrales, lacunaires, pas même ébauchées lors de l'examen précédent. Du reste, on palpe une tumeur fixée.

Le malade meurt cachectique en Août suivant.

1957 - DELANNOY - Obs. N° 20.

Del..., 52 ans, a subi une GE en 1924 pour ulcère. Guérison de 18 ans, puis apparition de douleurs épigastriques avec vomissements, anorexie, amaigrissement de 12 kgs. La palpation met en évidence une induration profonde peu étendue, immobile, un peu à gauche de l'ombilic. A la radio, la GE fonctionne bien, mais la portion horizontale de la petite courbure est amputée et se termine par une image cônique rigide. La grande courbure présente un aspect lacunaire jusqu'au voisinage de la bouche.

Intervention : la région antrale est le siège de nombreuses adhérences. La tumeur siège au niveau de la bouche, elle est mobile et l'ablation en est possible.

Décès 48 heures après, dans un tableau hyperthermique, vraisemblablement d'encéphalique.

L'examen macroscopique montre que l'envahissement est aussi bien jéjunal que gastrique et le point de départ est impossible à préciser. En tous cas, rien ne permet de rattacher ce cancer à la transformation d'un ulcère peptique.

L'histologie montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire typique.

1960 - BERT - Obs. N° 21.

Sujet Espagnol de 65 ans ayant subi une GE en 1933 pour ulcère de siège imprécisé.

Entre dans le service en Janvier 1957. Depuis quelques mois, épigastalgies intenses, continues, empêchant le sommeil, non influencées par les repas, mais avec vomissements, asthénie, anorexie, amaigrissement de 8 kgs.

Radiologie : Estomac de type linitique avec enraidissement des parois.

GastroscoPie : on entrevoit des nodules suspects dans la région de la bouche au milieu des débris alimentaires qui marquent le relief.

A l'intervention : volumineuse masse inextirpable. Le point de départ paraît être la stomie.

Histologie : épithélioma métatypique mixte.

Exitus en Avril.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

AUTEURS		PUBLICAT	ULCERES			RECHUTES	ECARTS	CANCERS			
			AGE	SIEGE	1 ^{re} Interv.			AGE	SIEGE DE LA LESION	ANA.-PATH.	SUITES
1	BEATSON	1926	40	Pylorique			11	52	Bouche + P.C.	Adénocarcinome	† en q.q. mois
2	SINGER	1932	41	Duodéal	1918	1929	11	52	Bouche	Etat pré-carcinomateux	† 2 j. apr. interv.
3	LURJE	1935	52	Pylorique	1930	1935	5	57	Bouche (2 versants) prédom. gastriq.	Néoform. glandulif.	
4	GIOVANNI	1936	26	Pylorique	1899	1936	37	63	Bouche + G.C.	Carcinome	† au 7 ^e jour
5	RANSON	1936	35	Pylorique	1927	1934	6	49	Bouche	Carcinome squirrheux	
6	SCHWARZ	1937		Pylorique	1909		6		Bouche	Carcinome (g.g. envah.)	
7	WARTMAN	1937	35		1906	1929	23	58	Bouche + 1 pt. Polype plus loin	Carcinome Polype : adéno-carcin.	† av. interv. (autopsie)
8	PRINZ	1938	38	Duodéal	1916	1935	19	57	Bouche		† 6 mois après
9	SANTY	1939	32	P.C.	1922	1935	13	45	Bouche (vers. jéjun.)	Epi. gland. métatyp.	
10	VILLAUME	1942	36	Duodéal	1938	1939	1	37	Bouche	Epi. glandulaire	† 1 an après
11	PRÉVOT	1943	27	Duodéal	1916	1935	19	57	Bouche		† 6 mois après
12	»	»	34	Pylorique	1909	1935	26	51	Antre + Bouche		† av. interv.
13	PICCO	1948	41	Pylorique	1936	1942	6	47	Bouche + P.C.	Carcinome	
14	DOMIZIO	1951		Duodéal	1923		20 m.		Bouche		
15	»	»	42	Duodéal	1944	1948	4	46	Bouche + extension		† 2 mois après
16	BANDMAN.	1953	34	Duodéal	1919	1950	31	66	Bouche + extension	Carcinome	† 4 j. après
17	»	»	36		1917	1947	30		Bouche	Carcin. polypoïde	
18	DUBARRY	1956	42		1942	1953	11	53	Face ant. + extension	Epi. atyp. (linite plast.)	† 7 mois après
19	»	»	34		1923	1954	31	65	Bouche		† 10 mois après
20	DELANNOY	1957	34		1924	1942	18	52	Bouche	Epi. glandul. typique	† 2 j. après
21	BERT	1960	41		1933	1957	24	65	Bouche + extension	Epi. métatyp. mixte	† 9 mois après
22	DEBRAY	1963		Bulbe	1934	1956	22		Fac. post. Estom. et inf. Bouche	Epi. type mucoerosif	
23			39	Duodéal	1934	1954	20	59	Bouche	Néo-infiltrant	
24			47		1938	1954	16	63	Bouche		† 2 mois après
25	DELATTRE	»	27	Pyloro-duo.	1926	1958	31	58	Bouche + antre	Epis { 1 atypique 2 cylin. glandul.	

ETIOLOGIE

ETIOLOGIE

Avec ce chapitre, nous entrons dans le domaine des hypothèses. Affirmer une étiologie en matière de cancer gastrique tout comme pour de nombreux autres est encore, à l'heure actuelle, malheureusement impossible. Cependant, au travers de nos observations, nous essayerons de dégager quelques particularités.

Sans doute, les cas de cancérisation à distance de la stomie sont-ils plus nombreux, mais ils n'entrent pas dans le cadre de notre étude et c'est pourquoi ceci nous permet de noter tout d'abord la **rareté de cette complication**, puisqu'aussi bien nous n'avons relevé que 25 cas de cancérisation de la bouche après G.E., moins nombreux semble-t-il que les cancérisations de bouche d'anastomose après gastrectomie. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans la pathogénie pour donner toute leur valeur aux facteurs chimiques.

Quoiqu'il en soit, le nombre d'observations de cette affection est très faible par rapport au nombre de gastro-entérostomies qui ont été pratiquées, et ceci prend d'autant plus de valeur que nous avons un recul suffisant pour juger ainsi.

En ce qui concerne **l'âge du malade**, nous relevons deux cas de cancer, l'un à 31 ans, l'autre à 40 ans, et un autre cas à l'âge de 65 ans. Pour l'ensemble restant, les récidives se situent approximativement entre 50 et 60 ans, âge cancérigène par excellence quels que soient la nature et le siège de la tumeur maligne considérée. Par ailleurs, nos recherches n'ont révélé que 4 cas dans le sexe féminin. Comme on pouvait s'y attendre, on voit qu'il existe une nette prédominance dans le sexe masculin, mais en-

core faut-il faire des restrictions devant le peu d'observations dont nous disposons.

Ne considérant que les ulcères comme lésion initiale, seul **leur siège est variable** et cette remarque peut permettre de déduire que ce dernier n'entre pas en ligne de compte pour déterminer une fréquence plus ou moins grande d'un processus malin survenant ultérieurement.

DE JODE cite 1058 gastro-entéroanastomoses pratiquées de 1920 à 1924 — 501 pour ulcère gastrique et 557 pour ulcère duodénal — . Nous-mêmes, si nous nous reportons à notre tableau, nous voyons qu'au travers des localisations des ulcères primitifs qui nous sont connus, nous avons 9 ulcères gastriques pour 13 duodénaux.

La nature de l'intervention, par contre, semble logiquement jouer un rôle dans l'observation de ces cancérisations. De fait, lors d'une gastro-entéroanastomose, on laisse en place un organe sur lequel on connaît l'importance de la susceptibilité cancéreuse et des ulcères dont la dégénérescence est toujours possible. Au contraire, lorsque l'on pratique une gastrectomie on enlève une grande partie de l'estomac, supprimant la muqueuse enflammée, muqueuse qui d'après KONJETZNY, STÖERCK, et d'autres auteurs « est souvent responsable de l'origine d'un cancer ». D'où l'explication des pourcentages relevés : pour VANNIER, jusqu'à 5 % des cancers à la suite de gastro-entérostomies, alors que FINSTERER « n'observe aucun exemple de cancer développé dans le moignon gastrique » pendant vingt ans.

Toutefois, il est difficile d'émettre un avis définitif et comme le dit M. DELANNOY « il est intéressant de noter que ce sont des malades qui ont présenté un ulcère à l'âge des ulcéreux qui présentent ensuite un cancer 15 à 20 ans plus tard, à l'âge du cancer ».

Nouveau paramètre à étudier, **la prédilection de l'envahissement malin pour la face gastrique** de la bouche d'anastomose, alors que dans la majorité des cas la face du grêle est respectée (sauf dans 3 cas parmi les 25 observations relevées).

Certes, nous relevons bien l'observation de SANY où la tumeur se développe sur le versant jéjunale, l'observation de LURJE où la tumeur empiète « de 4 à 5 cms sur la largeur de l'estomac et infiltre très peu la paroi du grêle », mais nous savons qu'autant l'ulcère peptique a une polarité jéjunale, autant le cancer de la bouche lui, semble ne pouvoir se développer que sur la tranche gastrique.

Nous connaissons la fréquence du cancer gastrique, l'un des plus fréquent, alors que la localisation jéjunale peut-être considérée comme rarissime. Ceci pourrait être en faveur de la simple coïncidence de la survenue de deux lésions distinctes sur un même organe puisque, bien qu'exceptionnel, le cancer de la bouche d'anastomose s'observe là où il a les plus grandes chances de se développer.

Reste enfin pour terminer l'analyse des diverses particularités de la cancérisation de la bouche d'anastomose après gastro-entérostomie, **l'étude du délai** séparant les deux épisodes pathologiques :

De 18 à 19 ans, pour l'ensemble des auteurs actuels, alors que VILLAUME rapporte un cas de récurrence après 1 an et que nous en avons relevé un autre après 31 ans.

Plusieurs problèmes se posent alors.

En ce qui concerne la lésion initiale, ne s'agissait-il pas d'un cancer ulcériforme ? VANNIER dans sa thèse concluait que la plupart des cancers après gastro-entérostomie étaient en réalité des cancers ulcériformes. Mais c'est ici que le délai entre cette intervention et les premiers signes de cancer prend toute sa valeur. Comme nous le savons, la moyenne des écarts est d'environ 15 ans.

L'hypothèse d'une tumeur maligne ulcériforme initiale continuant son évolution après gastro-entérostomie paraît difficile à admettre après de si nombreuses années. L'on

ne considère habituellement cette opinion comme valable que pour des intervalles inférieurs à 4 ou 5 ans.

Ainsi l'observation de VILLAUME qui relève une récurrence au bout d'un an nous parle « d'un ulcère ancien d'aspect calleux avec périgastrite » comme lésion initiale, sans qu'il ait été possible d'obtenir plus de renseignements sur cette tumeur.

Autre question : s'agit-il d'un ulcère résiduel dégénéré ?

Et il semble bien là encore que ce soit le cas de la même observation qui nous apprend que le malade « a été soulagé pendant très peu de temps, quelques mois à peine, puisqu'il s'est remis à souffrir comme auparavant ».

Dans ce cas, l'intervalle révèle des signes pouvant faire penser à un ulcère résiduel.

Enfin, à l'exception de cette observation particulière, à la question *est-on véritablement en présence d'un cancer primitif survenant sur un estomac gastro-entérostomisé*, il semble bien que dans les autres cas il s'agisse d'une tumeur maligne primitive. Deux arguments peuvent confirmer cette hypothèse : *la période clinique silencieuse absolue et sa longue durée*.

PATHOGÉNIE

PATHOGENIE

La pathogénie, en ce qui concerne la cancérisation des bouches de gastro-entéroanastomose, nécessite la reprise un à un des différents troubles ayant pu précipiter sinon provoquer, cette complication.

Il n'en reste pas moins que le problème essentiel reste celui de l'opposition entre, d'une part les cancérisations précoces où l'on peut redouter de n'avoir pas reconnu un cancer ulcérimforme ou un cancer associé à un véritable ulcère, et d'autre part, les cancérisations tardives où il est difficile de dire s'il s'agit d'une coïncidence fortuite ou d'une dégénérescence favorisée par la cicatrice et la gastrite.

Troubles Chimiques.

Les troubles chimiques, dans le cas des gastro-entérostomies, n'ont pas la même importance qu'après une gastrectomie. Dans la première, le chimisme gastrique ne se trouve pas modifié, l'organe entier restant en place. Dans l'autre, au contraire, l'amputation d'une plus ou moins grande partie de l'organe apporte d'emblée d'importantes modifications. C'est ce que le P^r DEBRAY a bien mis en évidence. A l'issue d'une étude de plusieurs cas, il conclut que l'achlorhydrie et la gastrite seraient des facteurs prédisposants pour le cancer développé sur le moignon gastrique. Il apporte pour preuve, par analogie, la grande fréquence des cancers chez les malades atteints de maladie de Biermer où l'on trouve hypochlorhydrie et gastrite.

Certes, nous avons relevé nous aussi dans plusieurs observations, une baisse de l'acidité gastrique, mais il

semble fortement possible que ce n'est pas là comme dans la gastrectomie une cause déclanchante du cancer, mais au contraire une conséquence de la présence déjà fortement développée de ce dernier.

Troubles Mécaniques.

Les modifications du transit apportées par la gastro-entéroanastomose peuvent-elles déterminer la cancérisation ? On évoque à cet effet les efforts que doit faire la bouche au passage du bol alimentaire. BANDMANN fait remarquer que la bouche, soumise à un excès de travail et aux traumatismes produits par les aliments grossiers insuffisamment attaqués dans l'estomac, voit se développer à son niveau une inflammation de sa muqueuse.

Mais ceci ne doit pas, comme le dit REHLI, avoir une si grande importance puisque les traumatismes sont les mêmes pour toutes les bouches de gastro-entérostomie et que ceux-ci n'ont que peu ou pas de traduction clinique. De plus, l'extrême rareté de cette complication vient faire l'appoint de cette opinion. Enfin, *dans l'une de nos observations personnelles, il y a une double localisation que les facteurs mécaniques seuls ne peuvent évidemment pas expliquer.*

Dégénérescence d'un ulcère peptique.

De même qu'un ulcère de l'estomac est capable de dégénérer, on peut croire que le cancer de gastro-entérostomie n'est que l'aboutissement de la transformation maligne d'un ulcère peptique.

M. DELANNOY écrivit : « Je pense qu'en règle le cancer de la bouche anastomotique est un ulcère transformé dont l'évolution clinique reste apparemment latente. Apparemment, car après un période de bien-être plus ou moins longue, presque tous les malades ont présenté des douleurs et des troubles gastriques attribués à la gastrite et qui, en fait, ne paraissent devoir être rattachés qu'à l'existence d'un ulcère peptique ».

Cependant, plusieurs données vont à l'encontre de cette hypothèse.

Dans le cas de découverte de cancer de bouche d'anastomose, nous avons souligné *l'absence absolue de signe et le long intervalle entre l'intervention et la rechute*.

De plus, il est fondamentalement reconnu que l'ulcère peptique se développe le plus volontiers sur le versant jéjunal de la bouche alors que les cancers sont retrouvés presque exclusivement sur le versant gastrique.

Enfin, l'ulcère peptique est réputé fréquent après gastro-entérostomie alors que les cancérisations observées sont extrêmement limitées.

Dégénérescence d'une gastrite chronique.

Plusieurs points font penser que la gastrite chronique aurait une grande place dans l'apparition d'un cancer après gastro-entérostomie, et de nombreux auteurs (KONJETZNY, DEBRAY, GIOVANNI) lui ont attribué un rôle prépondérant.

Les causes de gastrite sont nombreuses, parmi lesquelles : le passage d'aliments insuffisamment attaqués, la remontée du liquide alcalin et à cet égard LAMBLING dans ses travaux a insisté sur le rôle du reflux duodéno-gastrique dans l'apparition d'une gastrite. Enfin, après une gastro-entérostomie (comme après gastrectomie), l'élimination des fils est constante et très lente, surtout si le chirurgien fait un surget. Ces fils en voie d'élimination sont d'ailleurs très facilement vus lors d'une gastroscopie et il y a là une cause d'irritation qui se surajoute aux autres causes.

SINGER déjà dans son observation établit qu'une gastrite était initialement en cause et qu'il avait remarqué que celle-ci était plus intense dans le voisinage immédiat de la bouche. Il suggère que les nombreux polypes bénins qui s'étaient développés n'étaient que le résultat de cette inflammation hyperplasique et qu'il était certain que plus tard ces polypes auraient évolué vers la dégénération maligne.

Après une gastro-entéroanastomose, si les malades sont soulagés, les douleurs disparaissant, ce n'est pas pour autant que l'état de l'ensemble de la muqueuse gastrique se trouve nécessairement améliorée.

Sur cet estomac opéré, siège d'une réaction inflammatoire que WANKE relève dans 73 % des cas, il ne semble pas trop osé de croire que dans le cours de son évolution les cellules dépassent les limites du développement bénin pour progresser encore et atteindre une structure maligne.

De plus, l'on sait qu'histologiquement le passage de la gastrite simple à la gastrite de type nettement cancérigène a été observé sans hiatus.

Par ailleurs la gastro-entérostomie peut à elle seule être responsable de la survenue d'une gastrite. En effet, il peut se créer entre l'orifice de la bouche et le pylore *un cul-de-sac qui se drainera mal* et par suite provoquera une inflammation de la muqueuse. C'est le cas notamment dans les anastomoses faites trop à gauche.

A l'appui de cette hypothèse, nous avons remarqué que parmi les observations de cancer de la bouche que nous avons relevées, 11 d'entre elles montraient une tumeur dont l'extension intéressait la région comprise entre la stomie et le pylore et que dans les observations où le cancer était en dehors de l'orifice, le siège le plus fréquemment rencontré était cette même région.

Ainsi les modifications inflammatoires chroniques seraient les précurseurs du cancer qui, évoluant lentement aboutiraient à une métaplasie glandulaire qui serait la véritable origine du cancer.

Cancérisation des cicatrices.

On sait que toutes cicatrices soumises à des irritations peuvent dégénérer et voir se développer sur elles un cancer.

Ce pourrait être le cas de la cicatrice à la jonction gastro-jéjunale irritée au moment du passage du contenu gastrique.

En outre dans sa thèse J. MOREL, la première est frappée par l'analogie entre la survenue de tumeurs malignes sur cicatrices après hystérectomie pour lésion bénigne et sur cicatrices après gastrectomie pour ulcère. A cet égard elle fait état de 8 hystérectomies ayant donné lieu sur la cicatrice dans un délai variant de 6 à 30 ans à un épithélioma sur cicatrice sans toutefois « tirer de conclusion hâtive sur la pathogénie réciproque de ces manifestations tumorales ». De plus si l'on peut examiner un orifice de bouche d'anastomose on s'aperçoit que bien souvent il n'y a pas de cicatrice visible macroscopiquement, les deux muqueuses gastrique et jéjunale étant en parfaite continuité.

Remarquons aussi la grande fréquence des cancers développés à distance de la bouche et où la cicatrice n'entre évidemment pas en jeu.

Enfin citons LAUMONIER et COURAUD : « il faut évoquer une cancérisation de la cicatrice comme celle que l'on peut observer sur les cicatrices des brûlures, sur les sténoses œsophagiennes ou sur la tranche vaginale après hystérectomie pour lésion bénigne. Mais admettons que si l'on connaît bien certaines de ces cancérisations qui touchent des épithéliums malpighiens, si l'on connaît encore quelques dégénérescences sarcomateuses au voisinage des traumatismes musculaires, on connaît mal la cancérisation traumatique ou d'irritation au niveau des muqueuses digestives endo-dermiques ».

En résumé :

Devant l'impossibilité de retenir les facteurs chimiques, puisqu'en principe ceux-ci ne sont pas modifiés par l'intervention ; puisque les facteurs mécaniques et la cicatrice à résultat opératoire égal sont des facteurs communs à toutes les gastro-entéroanastomoses ; puisqu'enfin

la dégénérescence d'un ulcère peptique ne tient pas devant la fréquence de cette affection et son siège d'élection sur le versant jéjunale, en opposition avec la rareté des cancers, reste la gastrite.

Attachante à bien des égards, elle est la seule en effet, qui permette d'observer sans discontinuité l'évolution du bénin au malin. Elle est fréquente sur ces estomacs malades et l'on pourrait imaginer des degrés de son évolutivité.

Malgré tout *la possibilité d'une simple coïncidence de la survenue de deux maladies distinctes* est fort possible, cet estomac pouvant développer là un ulcère puis de nombreuses années plus tard un cancer ailleurs.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Tableau clinique.

Dans ce chapitre, il faut surtout insister sur les symptômes d'alarme qui *peuvent se ranger sous deux rubriques : les troubles banaux* (type dyspeptique) et les *signes pseudo-ulcéreux* évoquant au premier chef l'ulcère peptique.

1) TROUBLES DYSPEPTIQUES :

Après une longue période silencieuse, on est amené à voir un malade, ancien opéré de l'estomac. Il nous décrit par exemple des troubles gastriques non douloureux : troubles de l'appétit, de petits vomissements ou plus souvent un état nauséeux, ou bien encore il se plaint simplement de pesanteurs ou de gêne post-prandiale avec ballonnements et accès de hoquet.

Ces troubles qui peuvent être considérés comme banaux doivent, au contraire, retenir toute notre attention. Accompagnés de signes généraux discrets : un état sub-fébrile sans étiologie précise, une asthénie isolée mais persistante, un amaigrissement très progressif mais continu, ou bien encore quelques vagues entéralgies ou des irrégularités du transit, augmenteront encore leur valeur.

II) SIGNES EN FAVEUR D'UN ULCÈRE PEPTIQUE :

Ailleurs au contraire, le malade va présenter un tableau d'ulcère peptique typique. Douleurs rappelant de très près la symptomatologie de l'ulcère gastrique ou duodénal, c'est-à-dire périodiques, commençant et finissant assez brusquement, sans un jour de manque, mais

de plus particulièrement intenses, d'horaire très tardif et parfois à prédominance nocturne. Leur siège est variable, mais souvent les malades déclarent que les douleurs sont situées plus bas que celles qu'ils ressentaient avant la gastro-entéroanastomose. De plus, la palpation de la bouche pourra déclencher une douleur très vive.

Plus souvent le tableau sera moins net. Le malade va présenter un syndrome polymorphe de symptomatologie bâtarde et atténuée, fait de douleurs peu accentuées, imprécises, le plus souvent continues dans l'année, mais ayant parfois un caractère ulcéreux dans la journée. Elles peuvent être de siège et d'irradiations variables, sans horaire précis, sans signe à l'examen physique.

Notons encore que si des douleurs continues augmentant après les repas, si des vomissements semi-tardifs soulageant ces dites douleurs et contenant des aliments ingérés plusieurs jours avant, sont des signes patents de sténose, il ne faut pas se hâter d'en conclure qu'il s'agit d'un simple ulcère petique et d'en rester là.

Enfin, plus tard, va s'installer le tableau clinique évident du cancer avec effondrement de l'état général, des douleurs résistantes aux médications habituelles, des hématomèses, des melaena, aggravant l'anémie déjà constituée par la dénutrition du sujet. Mais ceci offre bien moins d'intérêt, car c'est avant que l'on doit faire le diagnostic et pour cela s'aider d'examen complémentaires dont la radiographie et la gastroscopie sont les chefs de de file.

Examens complémentaires.

1) LE LABORATOIRE : Bien que passé au second plan par rapport à la radiographie et à la gastroscopie, il semble qu'il puisse contribuer au diagnostic de l'affection.

Ainsi l'examen du *liquide gastrique après tubage* peut révéler la présence de sang ; mieux encore, au cours des

observations publiées dans les années antérieures, il nous a été donné de constater une baisse, voire une absence d'acidité gastrique. Cette constatation aurait un grand intérêt en ce qui concerne le diagnostic différentiel avec l'ulcère peptique où l'on constate toujours une hyperchlorhydrie. Mais il semble bien que cette baisse de la chlorhydrie ne soit que le résultat de cancers déjà évolués et perd ainsi toute valeur pour le diagnostic précoce.

Citons aussi *la cytologie gastrique* qui fût l'objet d'un grand engouement il y a une dizaine d'années surtout aux Etats-Unis où elle est encore utilisée dans certains services très bien équipés. Par contre, en France elle est peu employée, car c'est un examen long (6 heures), elle ne donne que des résultats positifs dans 2/3 des cancers évidents, enfin il y a la possibilité d'obtenir de faux résultats positifs.

On pourra faire aussi un *examen des selles* établissant l'existence d'un melaena, la numération sanguine appréciant le degré d'anémie.

Cependant, comme pour la clinique, possibilité de présumer l'existence d'un cancer de l'estomac, mais rien qui ne puisse donner une certitude.

2) LA RADIOGRAPHIE :

Rapprochée de la clinique et du laboratoire, la radiographie, examen fondamental comme toujours en gastro-entérologie, va permettre d'étudier les points suivants :

- *L'aspect général de l'estomac* qui souvent montre un aspect hypotonique et plus ou moins dilaté selon le degré de sténose de la bouche d'anastomose. C'est ainsi que l'on pourra voir la présence de liquide de stase et apprécier le degré de dilatation gastrique.
- *La bouche de gastro-entéroanastomose*, qui peut présenter des aspects extrêmement variés, parmi lesquels les plus fréquemment rencontrés seront, soit une sténose de la bouche, avec passage de la bouillie barytée par un petit défilé rigide, soit au contraire une béance

de la bouche aux bords irréguliers, nullement modifiée par la pression de la main. Ailleurs, ce sera la persistance d'une tache après passage de la baryte au niveau de l'anastomose avec une rigidité de l'orifice anastomotique rappelant tout particulièrement l'image obtenue lors d'un ulcère peptique.

— *L'état des anses afférente et efférente* qui peuvent montrer des anomalies d'imprégnation. Par exemple, dans les cas favorables, on pourra voir une dilatation de l'anse afférente qui n'est pas toujours visible radiologiquement et ne sera découverte que lors de la laparatomie.

Cependant, si la radiologie peut apporter des renseignements de première importance, *la fréquence des atypies constatées chez ces opérés rend le travail du radiologue extrêmement difficile.*

Un excès de mucus, un reflux de bile, une bouche mal continente font qu'il peut être difficile d'obtenir de bons clichés du relief de la muqueuse gastrique. Ce fut le cas dans l'une de nos observations où *le mauvais remplissage de l'antre ne permit pas de voir l'image lacunaire pré-pylorique découverte quelques mois après.*

L'étroitesse et la déformation de la partie distale de l'estomac suivant une gastro-entéroanastomose ne sont pas forcément, par contre, une preuve de cancer. Une telle apparence peut résulter d'une combinaison entre une inflammation inhabituelle de la muqueuse, d'adhérences, et d'épiploïte. Ceci est surtout le fait des images minimales qu'il faut bien différencier des irrégularités normales de la bouche, de la gastrite péri-anastomotique ou d'une stomite par fils.

A l'inverse, des images importantes devront être différenciées d'une invagination jéjuno-gastrique, ou exceptionnellement il est vrai, d'une tumeur bénigne de la bouche.

Si le radiologue ne peut obtenir sur l'intervention antérieure suffisamment de renseignements, il peut ne pas

réaliser complètement la signification de l'anomalie. C'est ce que nous constatons dans l'observation de DUBARRY, où il apparaît un aspect de gastrectomie des 2/3 avec possibilité de niche sur le jéjunum alors que l'intervention va montrer « des végétations tellement confluentes qu'on ne peut supposer qu'il y a eu seulement gastro-entérostomie et non gastrectomie. »

En insistant sur ces faits, nous n'avons pas voulu minimiser l'intérêt de la radiographie, mais seulement souligner les difficultés auxquelles elle se heurte et la nécessité de poursuivre les examens complémentaires dont la gastroscopie occupe la première place.

Toutefois, il est un examen qui lui aussi pourra sans doute donner des renseignements de premier ordre, il s'agit du *radio-cinéma*. De nombreux auteurs, parmi lesquels PROUX et ses collaborateurs, ont déjà posé les critères du fonctionnement normal de l'estomac opéré, vu au cours d'une étude radio-cinématographique. Ces auteurs ont pu voir clairement « des modifications des images ou de la dynamique normales » à tous les niveaux, et ils affirment que le diagnostic d'ulcère peptique par cette technique est plus facile qu'au cours d'une radiographie simple. Bref, le radio-cinéma est encore insuffisamment exploité, mais promet des résultats très intéressants.

3) LA GASTROSCOPIE :

La gastroscopie va permettre de voir l'aspect macroscopique des lésions, donnant un solide appui aux présumptions fournies par les radiographies.

Elle est d'un très grand secours et comme BERT nous pensons qu'elle est indispensable et « *doit être systématique chez tous les opérés de l'estomac qui souffrent à nouveau* », et ceci d'autant plus lorsque la radiologie ne permet pas de trancher.

Seule elle va permettre d'apprécier l'aspect des tissus péri-tumoraux, renseigner sur l'état de la muqueuse gas-

trique et même parfois sur une petite partie du grêle. Enfin, elle permet de faire une *gastro-biopsie* et un *cytodiagnostic dirigés*. Soit avec l'appareil de BÉNÉDICT, soit avec l'appareil de Ch. DEBRAY et HOUSSET, par aspiration-section.

Malheureusement cet examen demande une grande expérience, car il est difficile au début, c'est-à-dire lorsque l'on en aurait le plus besoin, de différencier l'infiltration néoplasique des plis turgescents recouvert de mucus de la gastrite œdémateuse ou catarrhale.

De plus cet examen a aussi ses limites. Il peut être insuffisant s'il n'est pas possible de remplir l'estomac d'air. Des modifications de la muqueuse peuvent rendre la bouche invisible, « *les plis venant au contact du gastroscope et empêchant de voir la stomie.* »

A cet égard, l'une de nos observations personnelles illustre bien la valeur et l'insuffisance de la gastroscopie. Rappelons que les radiographies donnaient un aspect de plis hypertrophiés, la gastroscopie elle a rajusté le diagnostic permettant de voir une « lésion ulcérée ayant les caractères d'une lésion néoplasique ». Par contre, la radiographie avait montré une tumeur de la région prépylorique qui n'a pas été vue lors de la gastroscopie.

Ainsi, à ce stade de l'enquête, le faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, radio-cinématographiques et gastroscopiques va souvent établir un diagnostic de quasi-certitude. Il n'en reste pas moins que si l'existence d'une lésion est certaine, il peut persister des doutes sur sa nature bénigne ou maligne. *La gastrobiopsie dirigée* pourrait alors donner la certitude qu'apportera *l'intervention chirurgicale avec l'examen histologique*.

Diagnostics différentiels :

La réapparition de troubles, chez un malade gastro-entérostomisé, peut être expliquée par des causes diverses. Certes, il pourra s'agir d'une tumeur bénigne, d'une gastrite, ou, éventualité bien plus exceptionnelle, une jéju-

nite isolée. Mais les troubles provoqués par la pathologie de la bouche d'anastomose vont prendre une individualité toute spéciale.

Les adhérences autour de la bouche anastomotique décrites par GUTMANN sous le nom de périgastrites lacunaires sont une complication précoce de la gastro-entéroanastomose. Les signes généraux sont ici peu marqués, par contre, les douleurs sont souvent intenses. L'acidité gastrique est normale ou élevée. La radio gastrique montre un estomac hyperkinétique, mais on note l'absence de rigidité caractéristique de la bouche. Tous signes en opposition avec ceux d'une tumeur maligne.

Les stomites : considérées comme une affection rare ; leur fréquence fut révélée par la gastroscopie. Leur explication fait intervenir des facteurs inflammatoires et infectieux avec une importante réaction œdémateuse. Siégeant avec prédilection sur le versant gastrique de la bouche, on pourra éliminer cette complication de la gastro-entéroanastomose sur la constatation d'ulcérations petites, superficielles, ovalaires ou fissuraires, recouvertes de fausses membranes épaissies, souvent disposées autour des fils, rendus responsables par plusieurs auteurs de l'origine de cette manifestation pathologique.

L'ulcère peptique :

L'ulcère peptique réputé plus fréquent après gastro-entéroanastomose qu'après gastrectomie, est le diagnostic différentiel le plus difficile à établir comme le montrent les observations que nous possédons.

Pourtant l'on connaît sa prédilection pour le versant intestinal de la bouche d'anastomose, soit qu'il soit franchement jéjunal, soit qu'il empiète sur la muqueuse gastrique. De plus, l'on sait que s'il existe un intervalle libre après la première intervention, celui-ci est généralement court se traduisant alors par un syndrome ulcéreux duodénal, mais se distinguant par sa ténacité et son intensité.

Les douleurs sont violentes, non calmées par les alcalins, tardives, gardant un caractère de périodicité.

Hélas, on sait aussi que son aspect radiographique n'a rien de bien particulier, que les vomissements sont souvent peu importants, car la sténose de la bouche n'est jamais très serrée, qu'il peut lui aussi rester silencieux et ne se révéler que brusquement par une complication et que les modifications des tissus alentour rendent sa reconnaissance souvent très difficile.

Enfin, l'intensité des troubles peut entraîner une asthénie, une anorexie et un amaigrissement importants qui vont avoir une grave répercussion sur l'état général.

En résumé, de la simple constatation de troubles dyspeptiques banaux, sans substratum anatomique, jusqu'au tableau de l'ulcère peptique, le problème posé sera toujours : doit-on commencer d'emblée un traitement ou bien poursuivre les investigations à la recherche d'autre chose et s'attacher alors à son identification.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

CONDUITE THERAPEUTIQUE

La conduite thérapeutique semble être évidente ; c'est l'exérèse de la tumeur en pratiquant une *dégastro-gastrectomie large*.

Toute réapparition de symptômes gastriques même banaux doit faire évoquer la possibilité d'une tumeur maligne sur cet estomac opéré, et le plus tôt possible conduire à la réunion d'éléments pouvant justifier une nouvelle intervention.

Parfois malheureusement, l'importance même du cancer, l'existence de métastases locales ou régionales associées, rendent l'intervention extrêmement difficile, voire même impossible.

Cependant, compte tenu de l'état du malade, seul l'acte chirurgical grâce à un diagnostic précoce, à une anesthésie bénéficiant des techniques modernes, à une réanimation per et post-opératoire, pourra permettre d'obtenir une guérison qui, si elle ne prolonge parfois que peu la survie, la rendra de bien meilleure qualité.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

I. — *En plus de nos quatre cas*, nous n'avons relevé dans la littérature que *21 cas de cancers gastriques sur bouche après gastro-entérostomie*. Nous n'avons pas tenu compte des cancers siégeant en un autre point de l'estomac opéré, qui sont d'ailleurs nettement plus nombreux.

II. — En regard du nombre considérable de gastro-entéroanastomoses pratiquées, ces cancers apparaissent comme une *éventualité exceptionnelle*.

III. — La cause du développement de ces cancers sur bouche de gastro-entéroanastomose est inconnue, comme celle du cancer en général. Beaucoup d'auteurs suggèrent *le rôle favorisant de la stomite* (irritation mécanique, reflux alcalin, présence de fils). Toutefois la rareté de ces cancers sur bouche de gastro-entéroanastomose fait penser qu'il s'agit d'une *simple coïncidence*, et non d'une relation de cause à effet.

IV. — Le cancer de l'estomac, maladie fréquente a plus de chance d'apparaître sur un estomac opéré où l'on a laissé toute la muqueuse en place. A cet égard la gastrectomie peut logiquement faire penser qu'elle diminue ces risques.

Vu : LE DOYEN,
L. BINET.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
Pr. Ch. DEBRAY.

Vu et permis d'imprimer :
Paris, le 14 Octobre 1963.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. BALFOUR (Donald C.). — Résultats des gastro-entéroanastomoses pour ulcères du duodénum et de l'estomac. *Am. Surg.*, 1930, 92, 558.
2. BANDMANN (F.). — Formation de cancer sur la bouche de gastrectomie et de gastro-entérostomie. *Br. Beitr. Z. K. Chir.*, 186, 210, 22, 1953.
3. BEATSON (G.). — Carcinome de l'estomac après gastro-jéjunostomie. *Bri. Med. J.*, 1926, 1, 15.
4. BERT (J. M.), FASSIO (E.), BERNARD (J. N.). — Cancer de la bouche d'anastomose après gastrectomie ou gastro-entérostomie pour ulcère. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 1960, 49, 1170-72.
5. BEYER. — *Arch. F. Klin. Chir. Bd.*, 204, 1934, 445.
6. BERTINI. — *Arch. Ital. di Chir.*, 1936, Vol. XLIV, Fasc. 2.
1940, Vol. LIX, Fasc. 3-4.
7. BRAUN. — Cancer de la bouche de gastro-entéroanastomose. *Berk. ger. Chir.* (Sitzg, 12 déc. 1927), *Zen. fur Chir.*, 1928, 539.
8. DEBRAY (Ch.), ROUX (M.), CHEVILLOTTE (R.), SEGAL (S.). — Cancer du moignon gastrique après gastrectomie. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 1950, 39, 702-15.
9. DE JODE (L. R.). — Carcinome gastrique accompagnant une gastro-entéroanastomose et une gastrectomie partielle. *Brit. J. Surg.*, 48, 1961, 512-14.
10. DELANNOY (E.), HÉRAUD, SOOTS (G.). — Cancer de l'estomac après gastro-entéroanastomose. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 46, 1957, 730.
11. DELANNOY (E.). — Cancer de la bouche de gastroentérostomie. *Lyon Chir.*, 40, 1945, 489-92.
12. DI DOMIZIO. — Cancer primitif de l'anastomose gastro-jéjunale. *Arch. Ital. Mal. Appa. Digest.*, 17, 1951, 50.

13. DUBARRY, DUBOURG (G.), DUBARRY (E.). — Deux cas de cancer de la région antrale, 11 et 31 ans après gastro-entéroanastomose pour ulcère. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 46, 1957, 4.
14. DOLL (R.), AVERY (J. F.) et BUCKATZCH (M. M.). — *Spec. Rep. Ser. Med. London*, n° 276, 1951.
15. FOROUGH (E.). — Cancer de l'estomac, une complication bien des années après gastro-entéroanastomose sur ulcère peptique bénin. *J. Kansas Med. Soc.*, 63, 1962, 9-11.
16. FREEDMAN (M. A.) et BERNE (C. T.). — *Gastroentérologie*, 27, 1954, 210.
17. GIOVANNINI. — Cancer primitif sur la bouche de gastro-jéjunostomose. *Arch. Ital. di Chir.*, 61, 1941, 461.
18. GIOVANNI, BERTINI. — Une très rare complication de la gastro-entéroanastomose (cancer de la bouche anastomotique). *Arch. Ital. di Chir.*, 44, 1936, 85-100.
19. GUTMANN (R.). — *Soc. Fr. de Gastro-entérol.*, Nov. 1946. - *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 21, 1948, 130.
— Les syndromes douloureux de la région épigastrique. G. Doin, Edit. 1952.
20. GROSDIDIER (J.) et BESSOT (M.). — Le cancer de l'estomac après gastrectomie pour ulcère. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 51, 1962, 1139.
21. HELSINGEN (N.) et HILLESTADL. — *Ann. Surg.*, 143, 1956, 173.
22. HUBER. — Apparition d'un cancer dans un estomac opéré. *Br. Beit. Kl. Chir.*, 186, 1953, 317.
23. HURST. — *Lancet*, 1929 - I. *Brit. Med. J.*, 1933.
24. HOFFMANN (V.). — Carcinome de l'estomac après chirurgie pour ulcère. *Lang. Arch. Klin. Chir.*, 295, 1960, 102-12.
25. HORSLEY, SHELTON (J.), HORSLEY (J. Jr.). — Les maladies chirurgicales de l'estomac. *Surg. Diag. Philadelphie WB Sanders C° 2*, 1930, 553.
26. KONJETZNY. — Rapport des séances des Sociétés de Chirurgie du Bas-Rhin et de la Westphalie. *Zhl. fur Chir.*, 1939.
27. KONJETZNY. — Cancer superficiel de la muqueuse gastrique (cancer au début). *Der. Chir.*, 1940, 192-202.
28. LAMBLING (A.). — Les gastrites par reflux duodéno-pancréaticobiliaire. *Arch. mal. App. digest.*, nov.-déc. 33, 1944, 304-16.
— Dyspepsies et gastrites. Les Acquisitions médicales récentes. Flammarion 1949, 151-65.

29. LAUMONIER (P.) et COURAUD (L.). — Cancérisation des bouches d'anastomose de l'estomac, après gastrectomie pour ulcère. *Jour. Med. Bordeaux*, 139, 1962, 936.
30. LURJE. — Cancer de la bouche de gastroentérostomie. *Zen. fur Chir.*, 39, 1935, 62.
31. MAC CREAWH, MAC DONALD. — Carcinome de l'estomac accompagnant une gastrectomie ou une gastroentérostomie pour ulcère peptique bénin. *Canada J. Surg.*, 4, 1961, 321-23.
32. MARSHALL (A.) et FREDMAN. — Cancer gastrique de la bouche d'anastomose gastro-jéjunale. *Gastroentérologie*, 27, 1954, 210.
33. MENEGAUX (G.). — Manuel de pathologie chirurgicale. Masson Edit., 1952, 781.
34. MILONES. — Cancer de la bouche anastomotique. *Arch. Ital. di Chir.*, 59, 1940, 225.
35. MONTANARI, GIORGIO. — Les cancers primitifs de l'anastomose gastro-jéjunale. *Ann. Ital. di Chir.*, 23, 1946, 389.
36. MOREL (J.). — Cancérisation des bouches d'anastomoses après gastrectomie pour ulcère. *Thèse Paris*, 1956.
37. OWEN (D. R.) et CANTAB (B. A.). — Carcinome après gastro-entéroanastomose. *Brit. Med. J.*, 1, 1926, 882.
38. PACKOWICH (M. J.), BECK (W. C.). — Carcinome de l'estomac après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. *Guth. Chir. Bull.*, 36, 1962, 60-5.
39. PICCO. — Cancer primitif de la bouche d'anastomose de l'estomac opéré pour ulcère. *La Clin. Chir.*, 7, 1948, 16.
40. PORCHER (P.), BOURDON (R.). — Technique de l'examen radiologique de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et du colon. *Encyclo. Med. chir. Estomac-Intestin*, 1960, 9011 A¹⁰.
41. PORCHER et Coll. — Radiologie de l'estomac opéré. Masson édit., Paris, 1957.
42. PRÉVOT (R.). — Sur les cancers des estomacs opérés pour ulcères. *Forts. Geb. der Rönt.*, 68, 1943, 75.
43. PRINZ, HARRY. — A propos des formations cancéreuses sur les bouches d'anastomoses et leur importance dans l'étude de la formation du cancer de l'estomac. *Arch. F. Klin.*, 191, 1938, 140.

44. PROUX (Ch.), COURTOIS-SUFFIT (M.), FOURY, GODARD (F.) et PITTON. — Etude radiocinématographique de l'estomac opéré à propos de 58 cas. *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 52, 1963, 109.
45. RANSON (H. R.). — Cancer de l'estomac après gastro-entéro-anastomose pour ulcère peptique. *Arch. of Surg.*, 1936, 679.
46. RUMEAU (P.). — Sur deux cas de néoplasme de l'estomac opéré. *Soc. de G. E. du S. O.*, 3, 1957, 23-24.
47. SANTY (M. P.). — Epithélioma jéjunal au niveau d'une ancienne bouche de gastro-entéroanastomose. *Lyon Chir.*, 1, 1939, 68.
48. SCHEVTCHENKO (I.) et IOUNDAI. — A propos du cancer de l'estomac des sujets chez qui une anastomose gastro-intestinale a été préalablement établie. *Kirrouguia*, 7, 1954, 75.
49. SINGER (H.). — Carcinome de la bouche gastro-jéjunale après opération pour ulcère. *Arch. Int. Med.*, 49, Mars 1932, 429.
50. VANNIER (J.). — Cancer de l'estomac chez les malades opérés d'ulcère gastrique pour gastro-entérostomie ou résection limitée. *Thèse Paris*, 1932.
51. VESTHUER. — *Arch. F. Klin. Bd.*, 209, 1942, 391.
52. VILLAUME. — Cancer développé sur bouche de gastro-entérostomie. *Thèse Nancy*, 1942.
53. WARTMAN. — Cancer de la bouche de gastro-entérostomie. *Amé. Jour. Canc.*, 31, 1937.
54. WOLFSOHN (G.). — Carcinome après gastro-entérostomie pour ulcère. *Zent. F. Chir. Jahr.*, 55, 1928, 539.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	17
OBSERVATIONS PERSONNELLES	21
OBSERVATIONS RELEVÉES DANS LA LITTÉRATURE	43
TABLEAU RÉCAPITULATIF	57
ETIOLOGIE	59
Rareté de cette complication	61
Age du malade	61
Siège de la lésion initiale	62
Nature de l'intervention	62
Prédilection de l'envahissement pour la face gastrique.	62
Etude du délai	63
PATHOGÉNIE	65
Troubles chimiques	67
Troubles mécaniques	68
Dégénérescence d'un ulcère peptique	68
Dégénérescence d'une gastrite chronique	69
Cancérisation des cicatrices	70
Simple coïncidence	72
SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE	73
Tableau Clinique	75
Trouble dyspeptique et tableau d'ulcère peptique.	75
Les Examens complémentaires	76
Laboratoire	76
Radiographie. Radio-Cinéma	77
Gastroscopie	79
Les Diagnostics différentiels	80
CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	83
CONCLUSIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	91

